

Sekundäre Traumatisierung
-
kritische Prüfung eines Konstruktes

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der
Naturwissenschaften an der Universität Bielefeld

vorgelegt von

Judith Daniels

Bielefeld 2006

Erster Gutachter: Prof. Dr. H. J. Markowitsch

Zweite Gutachterin: Prof. Dr. G. Steins

*Wie soll ich meine Seele halten, dass
sie nicht an deine rührt? Wie soll ich sie
hinheben über dich zu andern Dingen?
Ach, gerne möchte ich sie bei irgendwas
Verlorenem im Dunkel unterbringen
an einer fremden stillen Stelle, die
nicht weiterschwingt, wenn deine Tiefen schwingen....*

Rainer Maria Rilke, 1907

Ich danke meiner Familie für den emotionalen Rückhalt,
meinen Freundinnen für die liebevolle Unterstützung in der täglichen Arbeit,
Bill Charette für die ruhige Gelassenheit und Besinnung auf das Wesentliche
sowie der Winzig-Stiftung für die finanzielle Unterstützung.
Meinen Interviewpartnerinnen und Kolleginnen danke ich für die Bereitschaft,
sich gemeinsam einem schmerzhaften Thema zuzuwenden.
Ohne diese Unterstützung hätte diese Arbeit nicht entstehen können.

1	EINLEITUNG	1
2	EINFÜHRUNG	2
2.1	Sekundäre Traumatisierung als <i>vicarious traumatization</i> ..	3
2.1.1	Empirische Belege.....	5
2.2	Sekundäre Traumatisierung als <i>compassion fatigue</i>	8
2.2.1	Empirische Belege.....	10
2.3	Sekundäre Traumatisierung als <i>traumatoid states</i>	12
2.4	Sekundäre Traumatisierung - ein Spezifikum der Traumatherapie?.....	13
2.5	Sekundäre Traumatisierung in der Tätertherapie	14
2.6	Burnout bei Therapeutinnen.....	16
2.7	Empathie bei Therapeutinnen	17
2.8	Bindungsmuster und Vortraumatisierung bei Therapeutinnen	19
2.9	Offene Fragen	23
2.9.1	Parallelität zur PTSD	23
2.9.2	Symptome des Traumastörungsspektrums	24
2.9.3	Ätiologie der Sekundären Traumatisierung.....	26
2.9.4	Genese und Dauer der Sekundären Traumatisierung	29
2.9.5	Distanzierung während der Exposition	30
3	TRIANGULATIONSMETHODIK.....	31
4	QUALITATIVE INTERVIEWSTUDIE	33
4.1	Methoden	33
4.1.1	Material.....	33
4.1.2	Stichprobe	36
4.1.3	Datenauswertung	38
4.2	Ergebnisse der Interviews mit Betroffenen	40
4.2.1	Parallelen zur Symptomatik der PTSD	41

4.2.1.1	Hyperarousal	41
4.2.1.2	Vermeidung	44
4.2.1.3	Intrusion	48
4.2.1.4	Quantitative Analyse der PTSD-ähnlichen Symptomatik	61
4.2.2	Symptome depressiver Verarbeitung	63
4.2.3	Suchtverhalten	65
4.2.4	Parapsychotisches Bedrohungserleben	66
4.2.5	Psychosomatische Symptome	71
4.2.6	Auswirkungen auf die Sexualität	71
4.2.7	Entgrenzung	73
4.2.8	Rückgang der Symptomatik	75
4.2.9	Dauer der sekundären Belastung	76
4.2.10	Auslöser, Risiko- und Schutzfaktoren	78
4.2.11	Coping	87
4.2.12	Veränderungen kognitiver Schemata	91
4.2.13	Posttraumatic growth	99
4.3	Ergebnisse der Interviews mit Supervisorinnen	101
4.3.1	Prävalenz der Sekundären Traumatisierung	101
4.3.2	Erste Anzeichen	103
4.3.3	Parallelen zur Symptomatik der primären Traumatisierung	104
4.3.4	Symptome depressiver Verarbeitung	105
4.3.5	Suchtverhalten	106
4.3.6	Parapsychotisches Bedrohungserleben	107
4.3.7	Auswirkungen auf die Sexualität	108
4.3.8	Entgrenzung	108
4.3.9	Auslöser, Risiko- und Schutzfaktoren	109
4.3.10	Veränderungen kognitiver Schemata	118
4.4	Diskussion	119
4.4.1	Dauer der Sekundären Traumatisierung	119
4.4.2	Symptomatik der Sekundären Traumatisierung	121
4.4.3	Auslöser, Risiko- und Schutzfaktoren	132
4.4.4	Offene Fragen	139

5	QUANTITATIVE FRAGEBOGENSTUDIE.....	142
5.1	Methoden	142
5.1.1	Material.....	142
5.1.1.1	Entwicklung des <i>Fragebogen zur Sekundären Traumatisierung</i>	144
5.1.2	Stichprobe	145
5.1.3	Datenauswertung	146
5.2	Ergebnisse	147
5.2.1	Prävalenz der berufsbedingten primären PTSD	148
5.2.2	Zeitlicher Abstand der Belastungsphase	150
5.2.3	Evaluation des <i>Fragebogen zur Sekundären Traumatisierung</i>	150
5.2.4	Entwicklung des vorläufigen Kriteriumwertes	157
5.2.5	Prävalenz der Sekundären Traumatisierung	166
5.2.6	Dauer der Sekundären Traumatisierung.....	167
5.2.7	Zusammenhang zwischen Dauer und Schwere der Belastung ...	169
5.2.8	Analyse der Symptomcluster	173
5.2.9	Analyse der Einzelsymptome	177
5.2.9.1	Intrusion	177
5.2.9.2	Vermeidung.....	180
5.2.9.3	Hyperarousal.....	181
5.2.9.4	Depressive Verstimmung.....	182
5.2.9.5	Suizidgedanken	183
5.2.9.6	Entgrenzung.....	185
5.2.9.7	Sexualität	186
5.2.9.8	Suchtverhalten	187
5.2.9.9	Reaktualisierung einer Vortraumatisierung	187
5.2.9.10	Parapsychotisches Bedrohungserleben.....	189
5.2.10	Zusammenhänge zwischen FST und soziodemografischen Daten	191
5.2.11	Zusammenhänge zwischen FST und arbeitsbezogenen Daten ..	192
5.2.12	Ätiologiekriterien der Sekundären Traumatisierung.....	194
5.2.13	Analyse der Skala <i>Verarbeitung während des Zuhörens</i>	196
5.2.14	Evaluation der Subskala <i>Peritraumatische Dissoziation</i>	199

5.2.15	Zusammenhänge zwischen PD und soziodemografischen und arbeitsbezogenen Daten	201
5.2.16	Zusammenhänge zwischen PD und FST	202
5.2.17	Zusammenhänge zwischen PD und den Ätiologiekriterien	205
5.3	Diskussion.....	206
5.3.1	<i>Fragebogen zur Sekundären Traumatisierung</i>	207
5.3.1.1	Auswertungsempfehlungen für Anwenderinnen	208
5.3.2	Prävalenz der Sekundären Traumatisierung	210
5.3.3	Dauer der Sekundären Traumatisierung	211
5.3.4	Symptomatik der Sekundären Traumatisierung	212
5.3.4.1	Symptomcluster	218
5.3.4.2	Einzelsymptome	219
5.3.5	Vulnerabilitätsfaktoren.....	223
5.3.6	Subskala <i>Peritraumatische Dissoziation</i>	224
5.3.7	Zusammenhänge zwischen Sekundärer Traumatisierung und Dissoziation.....	224
5.3.8	Ätiologiekriterien.....	226
6	GESAMTDISKUSSION	228
6.1	Zusammenschau der Ergebnisse beider Studien	228
6.2	Hypothesen zur theoretischen Verortung.....	238
6.2.1	Empathie als notwendige Bedingung?	238
6.2.1.1	Begriffsbestimmung.....	238
6.2.1.2	Neuronale Korrelate von Empathie und Theory of Mind.....	243
6.2.1.3	Die Theorie der Spiegelneurone	249
6.2.1.4	Die Unterscheidung von Selbst- und Fremdperspektive.....	251
6.2.1.5	Hypothese für die Ätiologie der Sekundären Traumatisierung..	254
6.2.2	Kindling als Moderator?.....	255
6.2.2.1	Empirische Studien.....	256
6.2.2.2	Hypothese für die Ätiologie der Sekundären Traumatisierung..	258
6.2.3	Dissoziation als Moderator?	259
6.2.3.1	Begriffsbestimmung.....	263
6.2.3.2	Zusammenhang zwischen Dissoziation und Trauma.....	265

6.2.3.3	Psychophysiologie der Dissoziation.....	266
6.2.3.4	Neuronale Korrelate der Dissoziation.....	266
6.2.3.5	Endokrinologie der Dissoziation.....	271
6.2.3.6	Hypothese für die Ätiologie der Sekundären Traumatisierung .	275
6.2.4	Zusammenfassung der Hypothesen.....	275
7	ZUSAMMENFASSUNG.....	278
8	LITERATURVERZEICHNIS.....	283

1 Einleitung

In den letzten Jahren lässt sich ein wachsendes Interesse der Praktikerinnen¹ an den negativen Folgen traumatherapeutischer Arbeit konstatieren. Mittlerweile ist das Risiko einer *Sekundären Traumatisierung* auch bei den Berufsverbänden anerkannt. So haben z. B. die *International Society for Traumatic Stress Studies* (ISTSS) sowie die *AntaresFoundation* auf ihrer Internetseite Artikel zu diesem Thema platziert, indem sowohl die Symptomatik als auch Vulnerabilitätsfaktoren beschrieben werden (AntaresFoundation, 2005; International Society for Traumatic Stress Studies, 2005). Auch neuere deutschsprachige Lehrbücher enthalten anekdotenhafte Beschreibungen der Sekundären Traumatisierung bzw. Anleitungen zur Psychohygiene (s. z.B. Huber, 2004; Sachsse, 2004; Teegen, 2003) und Luise Reddemann hat in ihrer Funktion als Leiterin einer Traumafachklinik einen Artikel zum Thema veröffentlicht, in dem sie ein Psychohygieneseminar beschreibt (Reddemann, 2001). Dennoch stützen sich all diese Empfehlungen weiterhin auf eine sehr beschränkte theoretische Basis und sind empirisch kaum untermauert (vgl. Daniels, 2003). Die empirischen Studien konvergieren weiterhin nicht ausreichend und haben bisher keine Grundlage geboten, Aussagen über Risiko- und Schutzfaktoren zu treffen. Zwar gibt es einige wenige neue Studien, die in der Zusammenschau von 2003 noch nicht enthalten sind, das Grundproblem besteht jedoch weiterhin in der nicht hinterfragten Übernahme fundamentaler theoretischer Prämissen und der unkritischen Verwendung deduktiv entwickelter Fragebogenverfahren.

¹ Im Sinne der besseren Lesbarkeit verzichte ich in diesem Text auf die simultane Verwendung von männlichen und weiblichen Sprachformen. Unter Bezug auf die Studien zur mentalen Repräsentation (Heise, 2003; Madson & Shoda, 2006) beschränke ich mich auf die weibliche Form, die männliche ist jedoch jeweils mitzudenken.

2 Einführung

Sowohl international als auch im deutschsprachigen Raum werden die Begriffe *secondary traumatization* bzw. *Sekundäre Traumatisierung* uneinheitlich benutzt:

Einerseits werden damit berufsbedingte Traumatisierungen bei Risikogruppen, wie z.B. Feuerwehr und Rettungsdienst, bezeichnet. Diese Traumatisierungen sind jedoch von den aktuellen DSM-IV-Diagnosekriterien für die *posttraumatic stress disorder* (PTSD) abgedeckt (American Psychiatric Association, 2000) und stehen auch nicht im Widerspruch zu den bisher formulierten Traumatheorien (s. z.B. Eriksson, Vande Kemp, Gorsuch, Hoke, & Foy, 2001; Fullerton, Ursano, & Wang, 2004; Palm, Polusny, & Follette, 2004; Reinhard & Maercker, 2003), so dass eine Kennzeichnung dieser Belastungen als sekundäre Symptomatik unangemessen erscheint.

Andererseits werden die genannten Begriffe zur Beschreibung *übertragener* Traumatisierungen verwandt. Diese wurden definiert als Traumatisierungen, die ohne direkte sensorische Eindrücke des Ausgangstraumas sowie mit (zumeist größerer) zeitlicher Distanz zum Ausgangstrauma entstehen (Daniels, 2003). Diese sind nicht ohne weiteres nach DSM-IV diagnostizierbar und mit den bekannten Traumatheorien erklärbar. Dieser zweiten Gruppe zuzuordnen sind die Übertragung posttraumatischer Stresssymptome auf Familienangehörige (z.B. Dekel & Solomon, 2006; Dirkzwager, Bramsen, Ader, & Van der Ploeg, 2005; van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2003) und die berufsbedingte Traumatisierung von Therapeutinnen (für einen Überblick s. Daniels, 2003).

Bereits Mitte der 1990er Jahre wurden zwei Theorietexte vorgelegt, die die Entstehung Sekundärer Traumatisierungen bei Therapeutinnen beleuchteten (Figley, 1995; L.A. Pearlman & Saakvitne, 1995). Diese sind auch zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch die bekanntesten Konzeptionen, auf die sich fast die gesamte empirische Literatur stützt. Die Autorinnen formulierten vielfältige Hypothesen zu Symptomatik, Entstehungsbedingungen und aufrechterhaltenden Faktoren der Sekundären Traumatisierung, die einander jedoch oft konträr entgegenstehen. Sie öffneten somit ein breites Feld von

Forschungsfragen, die in den späten 1990er Jahren zu einer Reihe von kleineren empirischen Untersuchungen führten. Im Jahre 2004 wurde ein integrierendes Modell vorgelegt, das die beiden Konstrukte zusammenfasst (Wilson & Thomas, 2004). Im Folgenden werden die beiden Konstrukte zu Sekundärer Traumatisierung sowie die bereits bestehende empirische Forschung in Anlehnung an die Diplomarbeit verkürzt dargestellt (für Zitatbelege und nähere Erläuterungen s. Daniels, 2003). Im Anschluss werden das Integrationsmodell sowie neuere Studien, die nach Sommer 2003 erschienen sind, zu den bestehenden Theorien in Bezug gesetzt.

2.1 Sekundäre Traumatisierung als *vicarious traumatization*

Pearlman und Saakvitne (1995) stützen sich bei der Konzeption ihres Konstruktes *vicarious traumatization* auf den von McCann und Pearlman (1990) entwickelten theoretischen Rahmen einer tiefenpsychologischen Schematheorie sowie die von Janoff-Bulman (1985) beschriebenen Veränderungen der kognitiven Schemata nach traumatischen Ereignissen. *Vicarious traumatization* beschreibt dementsprechend Veränderungen in den Bereichen Identität, Weltsicht, psychische Bedürfnisse, Grundüberzeugungen und Gedächtnis der Therapeutinnen, die als langfristig unvermeidbar in der Arbeit mit traumatisierten Klientinnen angesehen werden. Die Autorinnen definieren *vicarious traumatization* als die kumulative und überdauernde „Transformation der inneren Erlebniswelt der Therapeutin, welche das Resultat der empathischen Öffnung für das Traumamaterial der Klientin darstellt“ (S. 31, eigene Übersetzung). Da sie postulieren, dass sich Sekundäre Traumatisierung gerade in Veränderungen der Schemata der Therapeutin äußert, beziehen sich die beschriebenen Symptome inhaltlich eher auf die Therapeutin. Die empathische Verbindung mit der Klientin ist Voraussetzung für die Entstehung der Sekundären Traumatisierung, die sich in Symptomen äußert, die denen der Klientin ähneln. Die Autorinnen postulieren also eine fundamentale Parallelität von primären und sekundären Traumasymptomen. Als Hintergrund dieser Symptomatik werden besonders jene Veränderungen der Schemata betont, die mit dem Wissen um menschliche Grausamkeit einhergehen. Traumatherapie erschüttert

demzufolge die Grundüberzeugungen der Therapeutin in Bezug auf persönliche Sicherheit, Kontrolle und Vorhersagbarkeit, die das Selbst schützen. Auslöser der *vicarious traumatization* ist dementsprechend nicht eine einzelne Therapie, sondern die Akkumulation der Erfahrungen aus verschiedenen Therapien². Posttraumatische Symptome kommen demzufolge als Bewältigungsversuch zustande, wenn die Schemata modifiziert werden müssen. Entsprechend wird die typischerweise duale Symptomatik der akuten Belastungsreaktion von abwechselnder Vermeidung und intrusivem Wiedererleben als Integrationsversuch interpretiert. Erst wenn diese Integration bzw. die Akkomodation der Schemata misslingt, kommt es zu einer Chronifizierung der Symptomatik und damit zur Ausbildung der *vicarious traumatization*.

Versucht man die von Pearlman und Saakvitne entwickelte Theorie im Feld der Schematheorien zu verorten, so zeigen sich deutliche Parallelen mit jenen Theorien, die eine Veränderung der Schemata nach dem *bookkeeping model* annehmen (s.a. Andreatta, 2006): Hier kommt es nicht – wie im Konversionsmodell von Janoff-Bulman (1985; 1995) – zu plötzlichen Revisionen kognitiver Schemata, sondern es handelt sich um eine graduelle und allmähliche Modifizierung der Schemata. Grundlegende Veränderungen kommen demzufolge aufgrund der Akkumulation vieler kleiner Anpassungsschritte zustande.

Die Autorinnen benennen drei auslösende Einzelfaktoren, die kumulativ zur Entstehung der *vicarious traumatization* beitragen: die Exposition zu detaillierten, visuellen Beschreibungen des Traumamaterials; die Exposition zu interpersoneller Grausamkeit; und die Beobachtung von oder Beteiligung an traumatischen Reinszenierungen (vgl. S. 298). Als ein wesentlicher Vulnerabilitätsfaktor wird eine Vortraumatisierung der Therapeutin postuliert. Dieses Postulat ist nicht unproblematisch, da die Schematheorien an dieser Stelle verschiedene Interpretationsmöglichkeiten eröffnen: Zum einen kann eine Vortraumatisierung in der Tat als Vulnerabilitätsfaktor interpretiert

² Pearlman und Saakvitne grenzen *vicarious traumatization* dadurch von Gegenübertragung ab. Sie postulieren jedoch eine gegenseitige Verstärkung, so dass es zu einem Teufelskreis aus Gegenübertragung und *vicarious traumatization* kommen könne.

werden, wenn man annimmt, dass das Trauma die Schemata bereits verändert hat und das Selbst somit weniger durch illusorische Grundannahmen geschützt ist. Zum anderen werden solche Schemaakkommodationen jedoch auch als protektiver Faktor diskutiert, da ein erneutes Trauma, wie hier die Arbeit mit traumatisierten Klientinnen, eine weniger deutliche Abweichung von den ja bereits modifizierten Schemata darstellen und dementsprechend die Integration weiterer traumatischer Erfahrungen leichter gelingen sollte. In diesem Fall würde man also bei vortraumatisierten Therapeutinnen mit einer geringeren Symptombelastung rechnen. Die Arbeit von Andreatta (2006) erbrachte jedoch noch eine weitere Interpretationsmöglichkeit: Andreatta fand, dass bei Personen mit einer mittleren, d.h. subsyndromalen, Symptombelastung die illusorischen Schemata am deutlichsten ausgeprägt waren. Sie interpretiert dies als Schutz der Schemata bei Konfrontation mit bedrohlichen Informationen. Die subsyndromale Symptombelastung ist hier ein Hinweis auf die Verletzung der illusorischen Grundannahmen, auf die das Selbst mit einer Verstärkung dieser Schemata reagiert. Erst bei noch stärkerer Belastung durch Traumamaterial kommt es nach Andreatta dann zu einem „Riß“ (S. 271), d.h. entsprechend des Konversionsmodells zu einer radikalen Umformung der Schemata. Pearlman und Saakvitne argumentieren in ihrem Modell der Sekundären Traumatisierung mit der Vulnerabilitätsthese und erwarten dementsprechend höhere Symptombelastungen bei bereits vortraumatisierten Therapeutinnen.

2.1.1 Empirische Belege

Bereits die erste Studie, die das Konzept der *vicarious traumatization* zu Grunde legte (Pearlman & Mac Ian, 1995), fand, entgegen der Erwartungen der Autorinnen, eine negative Korrelation zwischen Exposition und der Zerrüttung der Schemata, d.h. stärkere illusorische Schemata bei erfahrenen Traumatherapeutinnen. Auch die weiteren Studien konnten das Konstrukt nicht einheitlich stützen (für eine Zusammenschau s. Daniels, 2003). So fanden z.B. Brady, Guy, Poelstra und Brokaw (1999) signifikante Beziehungen zwischen fünf Expositionsmaßen und den posttraumatischen Stresssymptomen, gemessen mit der *Impact of Event Scale* (IES-R, D. S.

Weiss & Marmar, 1995). Keinen Effekt hatten diese Variablen jedoch auf die kognitiven Schemata, gemessen mit der *Traumatic Stress Institut Belief Scale* (TSI, Pearlman, 1996). Therapeutinnen mit hoher Belastung wiesen also nicht mehr veränderte Schemata auf als Therapeutinnen mit niedrigerer Belastung. Auch post-hoc Analysen des obersten und untersten Quartils zeigten keine bedeutsamen Zusammenhänge von Exposition und den Werten der TSI. Die Autorinnen erfassten zusätzlich zu dem IES-R und dem TSI auch noch ein Maß für *Spirituelles Wohlergehen*. Hier zeigte sich bei höherer Belastung mit Traumamaterial ein ausgeprägteres subjektives *Spirituelles Wohlergehen*. Dickes (2001) fand einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem prozentualen Anteil traumatisierter Klientinnen und der *vicarious traumatization*: Je höher der Anteil an Traumaklientinnen war, desto weniger Veränderungen der illusorischen Grundannahmen zeigten sich bei den Therapeutinnen. Auch die nach 2003 erschienenen Studien zeigen divergente Ergebnisse: So fanden McLean, Wade und Encel (2003) zwar eine Korrelation von $r = .47$ zwischen Traumasymptomen (gemessen mit IES) und *vicarious traumatization* (gemessen mit TSI), in einem regressionsanalytischen Modell zur Vorhersage der IES-Werte waren die TSI-Werte jedoch kein signifikanter Prädiktor. Die IES-Werte wurden stattdessen signifikant von der Berufserfahrung vorhergesagt, mit niedrigeren Symptombelastungen bei erfahreneren Therapeutinnen. Dies steht im Widerspruch zu den Annahmen von Pearlman und Saakvitne (1995).

Auch bezüglich der These, dass eine Vortraumatisierung einen Risikofaktor darstellt, widersprechen sich die bisher vorliegenden Studien: Pearlman und Mac Ian (1995) waren die Ersten, die einen signifikanten Zusammenhang der Vortraumatisierung mit den TSI-Werten fanden. Auch Dickes (2001) und Daniels (2003) fanden einen signifikanten Zusammenhang mit der Anzahl veränderter kognitiver Schemata nach TSI. Diese spiegelten sich jedoch nicht in erhöhten IES-Werten wider. Im Gegensatz dazu stehen die Ergebnisse von Schauben und Frazier (1995) sowie Kadambi und Truscott (2004, s.u.), die keinen Zusammenhang der *vicarious traumatization* mit der eigenen Traumageschichte der Therapeutin bestätigen konnten.

Sowohl Sabin-Farrell und Turpin (2003) als auch Kadambi und Ennis (in press) bieten einen Überblick über die empirischen Studien zur *vicarious traumatization*. Beide kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass die Existenz des Phänomens zweifelhaft ist und weder eindeutig noch konsistent beschrieben werden konnte. Kadambi und Ennis merken an, dass das Konstrukt von den Praktikerinnen so erfreut aufgenommen wurde, dass „das Fehlen eines kritischen Dialoges unter den Forschern ein Forschungsfeld perpetuiert, das sich auf vermutete Zusammenhänge sowie ein Konstrukt von zweifelhafter Validität stützt“ (S. 10, eigene Übersetzung). Dies zeigt sich wiederholt an hohen Interkorrelationen mit Burnout: Schon Pickett (1998) fand, so wie später auch Kadambi und Truscott (2003) und McLean et al. (2003), einen engeren Zusammenhang zwischen *vicarious traumatization* und Burnout als zwischen *vicarious traumatization* und PTSD-Symptomatik (vgl. auch Sabin-Farrell & Turpin, 2003). Dies deutet auf eine niedrige diskriminante Validität des Konstruktes hin.

In jüngerer Zeit gibt es zudem eine Reihe von Studien, die die positiven Auswirkungen von erlebten (und verarbeiteten) Traumata auf die Schemata belegen. In der Literatur werden dabei Begriffe wie *posttraumatic growth*, *stress related growth*, *perceived benefits*, *positive adjustment*, und *adversarial growth* verwandt, um die veränderten Schemata zu beschreiben (z.B. Linley, 2003; Linley, Joseph, Cooper, Harris, & Meyer, 2003; Linley, Joseph, & Loumidis, 2005; Andreas Maercker & Herrle, 2003; Salo, Punamäki, & Qouta, 2004; Salo, Qouta, & Punamäki, 2005), für einen Überblick s. Linley und Joseph (2004).

Linley, Joseph und Loumidis (2005) übertrugen diesen Forschungsansatz auf Therapeutinnen und untersuchten 85 Therapeutinnen hinsichtlich positiver und negativer Veränderungen durch ihre Arbeit. Sie vermuteten, dass sich neben den Traumasymptomen möglicherweise auch der *posttraumatic growth* übertragen könnte. Die vermuteten positiven Veränderungen umfassten so unterschiedliche Bereiche wie eine veränderte Lebensphilosophie, bessere Selbstwahrnehmung und größere Wertschätzung der eigenen interpersonalen Beziehungen. Sie fanden bei denjenigen Therapeutinnen, die hohe Werte im Kohärenzgefühl erreichten, signifikant weniger negative Veränderungen. Zwischen dem Kohärenzgefühl

und Exposition bestand in dieser Untersuchung keine signifikante Korrelation. Die Autorinnen schlussfolgern, dass ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl einen protektiven Faktor bei der Entwicklung der Sekundären Traumatisierung darstellen könnte und dieses nicht durch die traumatherapeutische Arbeit beeinträchtigt werde.

2.2 Sekundäre Traumatisierung als *compassion fatigue*

Auch Figley (1995) beschreibt auslösende Faktoren der Sekundären Traumatisierung, die er in seinem *Trauma Transmission* - Modell zusammenfasst (s. Abbildung 1) und in späteren Arbeiten (C.R. (Ed.) Figley, 2002; Salston & Figley, 2003; Stamm & Figley, 1996) weiter ausführt. Dieses Modell beruht ebenfalls auf der Annahme, dass eine *empathische Reaktion* der Therapeutin die Voraussetzung für die Entwicklung der Sekundären Traumatisierung ist. Diese entsteht auf der Basis der *Empathiefähigkeit* der Therapeutin (im Modell Faktor 3, eigene Übersetzungen kursiv) durch den *Kontakt mit der Klientin* (Faktor 1), wenn die Therapeutin *empathische Besorgnis* (Faktor 2) empfindet. Sein Konstrukt, welches er *compassion fatigue* nennt, ist definiert als „ein Zustand, der durch biologische, psychologische und soziale Erschöpfung und Dysfunktion geprägt ist – als ein Resultat der prolongierten Exposition zu Mitgefühlsstress und dessen auslösenden Faktoren“ (S. 253, eigene Übersetzung). Zwischen der *empathischen Reaktion* (Faktor 4) und der Entstehung von *Mitgefühlsstress* (Faktor 7) vermitteln zwei weitere Variablen: das *Ausmaß, in dem die HelferIn mit ihren Bemühungen zufrieden ist* (Faktor 6) und das *Ausmaß, in dem die HelferIn fähig ist, sich von dem Leiden des Opfers zu distanzieren* (Faktor 5). Dauert der *Mitgefühlsstress* an (ausgelöst durch *prolongierte Exposition* zu traumatisierten Klientinnen, Faktor 8), so kann daraus *compassion fatigue* entstehen, wenn sowohl *traumatische Erinnerungen* geweckt werden (Faktor 9) als auch ein hohes Maß an *Lebensbelastungen* (Faktor 10) hinzukommt.

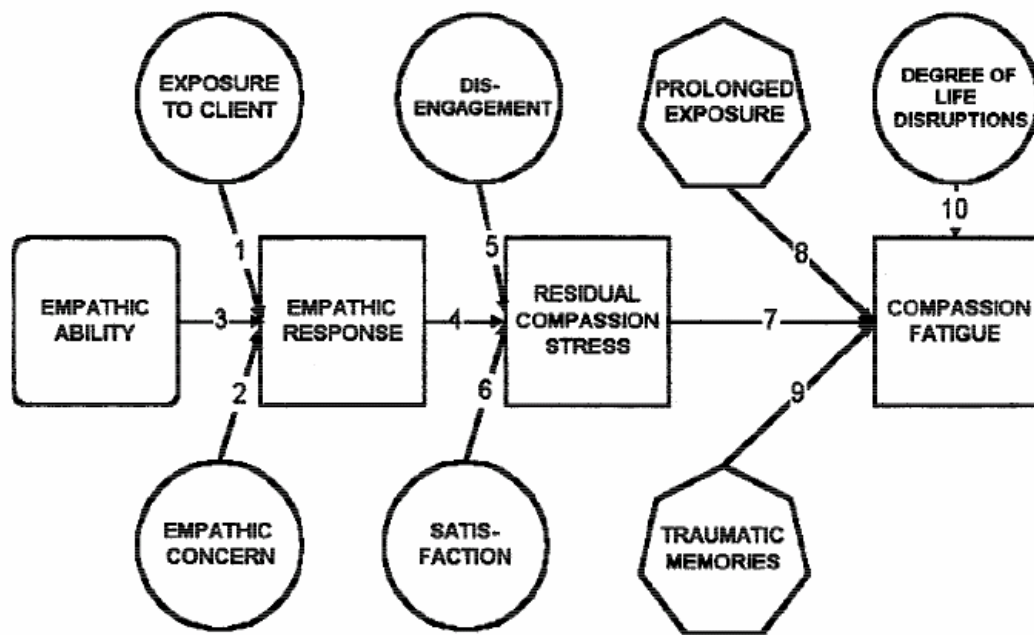


Abbildung 1: *Trauma Transmission* – Modell (aus Figley, 2002, S. 1437)

Das Modell von Figley differenziert nicht zwischen Therapeutinnen, die lediglich einer vermittelten Belastung ausgesetzt sind und Ersthelferinnen, die oft auch mit direkten sensorischen Eindrücken konfrontiert werden. Der verbindende Faktor ist die Empathie für das Opfer. Figley konzeptualisiert *compassion fatigue* ausdrücklich als Äquivalent der PTSD (vgl. 1995, S. XV). Obgleich auch Figley die Existenz traumaspezifischer Veränderungen der Kognitionen einräumt, legt er den Schwerpunkt auf schnell einsetzende, PTSD-ähnliche Symptome. Figley betont dabei sehr stark den Bezug zur Klientin. Auch in dieser zweiten Konzeption der Sekundären Traumatisierung wird also eine enge Parallelität von primären und sekundären Traumasymptomen angenommen. Nach diesem Modell beziehen sich die Symptome der Therapeutin inhaltlich jedoch immer auf die Erlebnisse der Klientin. Dem entsprechend postuliert auch Figley - ebenso wie Pearlman und Saakvitne (1995) - dass die Exposition zu bildhaften Details der traumatisierenden Situation für die Therapeutin belastend ist und die persönliche Traumageschichte der Therapeutin einen spezifischen Vulnerabilitätsfaktor darstellt. Diese Vulnerabilitätshypothese spiegelt sich auch in dem von Figley veröffentlichten *Compassion Satisfaction and Fatigue Test* (CSF, Stamm & Figley, 1996, s. Daniels 2003) wider.

2.2.1 Empirische Belege

Prüft man die bisherigen empirischen Untersuchungen hinsichtlich einer Unterstützung dieses Modells, so zeigt sich zunächst, dass Arbeitszufriedenheit nicht konsistent negativ mit *compassion fatigue* korreliert ist. Dies wäre jedoch anzunehmen, wenn niedrige Arbeitszufriedenheit eine notwendige Bedingung für die Entwicklung der *compassion fatigue* wäre. So fanden zwar Steed und Bicknell (2001) die erwartete negative Korrelation, Birck (2001) und Heidrich (2004, s.u.) konnten dieses Ergebnis jedoch nicht replizieren.

Die Variable *prolongierte Exposition* stand in den meisten Studien in einem theoriekonformen Zusammenhang mit *compassion fatigue* (vgl. die Zusammenschau in Daniels, 2003), die Korrelationen waren jedoch recht niedrig.

Die These, dass eine Vortraumatisierung der Therapeutin einen Risikofaktor darstellt, ließ sich nicht einheitlich empirisch untermauern. Zwar berichteten Pearlman und Mac Ian (1995) über einen signifikanten Zusammenhang mit den IES-Werten für Intrusion und Jenkins and Baird (2002) über einen signifikanten Zusammenhang zwischen persönlicher Traumatisierung der Therapeutinnen und *compassion fatigue*. Der von ihnen verwendete CFST, eine ältere Version des CSF, weist jedoch in Bezug auf Vortraumatisierungen denselben Forschungsbias auf wie der CSF, so dass dieses Ergebnis zurückhaltend interpretiert werden sollte (vgl. Daniels, 2003). Interessant ist in diesem Zusammenhang das Ergebnis der Studie von Heidrich (2004): Sie fand zwar in der Stichprobe der Traumatherapeutinnen keinen Zusammenhang zwischen Vortraumatisierung und *compassion fatigue* (gemessen mit einer Kurzversion des CSF), wohl aber in der Gruppe der niedergelassenen Therapeutinnen ohne Spezialisierung. Dickes (2001) hingegen fand einen signifikanten Zusammenhang nur mit der Anzahl veränderter kognitiver Schemata nach TSI, nicht aber mit PTSD-typischen Symptomen (gemessen mit der IES). Auch Follette et al. (1994), Schauben and Frazier (1995) und Kassam-Adams (2002) konnten keinen Zusammenhang zwischen *compassion fatigue* und Vortraumatisierungen bestätigen. Dieses widersprüchliche Bild könnte möglicherweise durch einen

Befund von Kassam-Adams (2002) erklärt werden: Sie stellte fest, dass eine Vortraumatisierung der Therapeutin mit einer höheren Anzahl traumatisierter Klientinnen einherging. Der prozentuale Anteil traumatisierter Klientinnen stand wiederum in einer signifikanten Beziehung zum Belastungsmaß. Dies deutet darauf hin, dass Therapeutinnen, die selbst traumatisiert wurden, möglicherweise mehr traumatisierte Klientinnen annehmen oder sich eher auf diese Population spezialisieren und somit einer stärkeren Belastung ausgesetzt sind, die ihrerseits die *compassion fatigue* moderieren könnte. Auch die Ergebnisse der Diplomarbeit (Daniels, 2003) deuten in diese Richtung und lassen vermuten, dass es sich bei den berichteten Zusammenhängen von Vortraumatisierung und *compassion fatigue* um ein Artefakt handelt.

Kürzlich wurde der Versuch unternommen, die in Figley's Modell spezifizierten moderierenden Variablen konkurrent empirisch zu überprüfen (Heidrich, 2004). In die regressionsanalytische Evaluation gingen die Variablen *sekundäre Traumadosis* und *Berufserfahrung* zur Prüfung der Variable *prolongierte Exposition* sowie die *Distanzierungsfähigkeit*, *eigene traumatische Vorgeschichte*, und *Zufriedenheit infolge der helfenden Tätigkeit* als Modellvariablen ein. Nicht erfasst wurden jedoch die Ausgangsvariablen des Modells *Empathiefähigkeit* und *emotionale Reaktion*. Schon die einzelnen bivariaten Zusammenhänge zwischen den Modellvariablen und der *compassion fatigue* erreichten keine Signifikanz. Dementsprechend zeigten sich auch in der hierarchischen Regression keine Verbesserungen der Vorhersage durch Inklusion der Modellvariablen. Zu beachten ist jedoch, dass auf Grund der kleinen Stichprobe von 18 Personen mögliche Effekte unentdeckt geblieben sein könnten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass für die von Figley (1995) spezifizierten Modellvariablen jedoch noch keine zufriedenstellende Evidenz vorliegt. Die bisher empirischen Arbeiten zur Symptomatik der *compassion fatigue* fallen jedoch weniger widersprüchlich aus als jene zur *vicarious traumatization*.

2.3 Sekundäre Traumatisierung als *traumatoid states*

Wilson und Thomas kritisieren das Konzept der *compassion fatigue* wegen der Annahme einer engen Parallelität zwischen primärer und sekundärer Traumastörung (Thomas & Wilson, 2004; Wilson & Thomas, 2004). Sie fanden in einer eigenen Studie nur bei sieben Prozent der befragten Therapeutinnen Angaben, die auf die Erfüllung des PTSD- A_2 -Kriteriums³ hinwiesen. Ihrer Meinung nach zeichnet sich die therapeutische Situation deshalb nicht durch Stressausmaße aus, die denen einer primären Traumatisierung gleichzusetzen sind, sondern durch die kumulative Belastung mit Traumamaterial. Demzufolge argumentieren sie, dass man nicht unhinterfragt von einer parallelen Symptomatik von PTSD und Sekundärer Traumatisierung ausgehen kann. Sie versuchten die Annahmen von Pearlman und Saakvitne (1995) sowie Figley (1995) zu integrieren, in dem sie ein neues Konstrukt bildeten, welches beide Phänomene umfassen soll. Das Konzept der *traumatoid states* beschreibt Veränderungen bei Therapeutinnen, die entweder transient oder chronisch, akut oder episodisch auftreten können. Es umfasst die bisher als *vicarious traumatization* umschriebenen Veränderungen auf der Schemaebene ebenso wie die bisher als *compassion fatigue* benannten traumatypischen Symptome. Auch in ihrem Modell geht der Entwicklung der *traumatoid states* zunächst die empathische Identifizierung mit der Klientin voraus, die zu einer *empathischen Belastung* führt. Diese kann in der Therapeutin Stressreaktionen auslösen und zu einer Affektdysregulation führen. Diese kann sich dann jedoch entweder in Form von *compassion fatigue*, *vicarious traumatization* oder Kombinationen niederschlagen. Wilson und Thomas postulieren, dass die Entwicklung der *traumatoid states* in Zusammenhang steht mit der Unfähigkeit, die durch die Exposition zu traumatisierten Klientinnen ausgelösten Gefühle zu kommunizieren. Sie sehen also zunächst ein Konstriktions- bzw. Vermeidungssymptom als Auslöser. In der Folge der

³ Das A_2 -Kriterium erfordert zur Diagnose einer PTSD, dass die betroffene Person in der traumatischen Situation starke Emotionen von Angst, Entsetzen oder Hilflosigkeit erlebt haben muss.

traumatoid states können sich dann klinisch bedeutsame Störungen des sozialen und beruflichen Funktionsniveaus entwickeln.

Wilson und Thomas unterscheiden ausdrücklich nicht zwischen Ersthelfern mit eigenen sensorischen Eindrücken und Berufsgruppen, die lediglich vermittelt dem Traumageschehen ausgesetzt sind. Sie subsumieren zudem auch Prozesse wie Burnout, Gegenübertragung, Somatisierung und Dysphorie unter das von ihnen entwickelte Konzept der *traumatoid states*. Es ist folglich fraglich, ob dieses neue Konstrukt inkrementelle Validität besitzt und in der Lage sein wird, empirische Studien zu provozieren.

2.4 Sekundäre Traumatisierung - ein Spezifikum der Traumatherapie?

Die genannten Theorieansätze gehen einheitlich von der Annahme aus, dass die beschriebenen Symptome kausal auf die therapeutische Arbeit mit traumatisierten Klientinnen rückführbar sind. Diese Annahme ist z.Z. empirisch nur bedingt validierbar, da noch kein Konsens darüber herrscht, welche Störungsbilder einem möglichen *Traumastörungsspektrum* zuzuordnen wären: Belegt sind neben PTSD auch hohe Prävalenzen von Depression, Suchtmittelabusus, Borderline-Persönlichkeitsstörung und dissoziativen Störungen bei traumatisierten Populationen. Die folgenden Studien verglichen dennoch exemplarisch Stichproben mit unterschiedlicher Klientel und konnten keine signifikanten Unterschiede in der Belastung mit sekundärtraumatischen Symptomen beschreiben: Heidrich (2004) verglich Traumatherapeutinnen (n = 18) mit Kolleginnen, die entweder auf Suchtbehandlung spezialisiert waren (n = 46) oder niedergelassen mit einer heterogenen Klientinnenpopulation arbeiteten (n = 30). Sie fand keine signifikanten Gruppenunterschiede bezüglich der *compassion fatigue*. Kadambi und Truscott (2004) kommen angesichts der Ergebnisse ihrer Studie von 221 Therapeutinnen dreier unterschiedlicher Fachbereiche ebenfalls zu dem Ergebnis, dass die gefundenen Belastungen nicht spezifisch für die Arbeit mit traumatisierten Klientinnen sind. Sie verglichen 86 Therapeutinnen mit dem Schwerpunkt sexuelle Gewalt mit 64

Psychoonkologinnen sowie 71 niedergelassenen Therapeutinnen mit durchmischter Klientel hinsichtlich *vicarious traumatization*, Burnout und PTSD-Symptomatik und fanden keine signifikanten Gruppenunterschiede. Lediglich ein subjektives Maß, nämlich die Frage nach der Risikoeinschätzung, dass der eigene Beruf potentiell traumatisierend sei, erbrachte signifikante Unterschiede: Während 83 Prozent der Traumatherapeutinnen und 50 Prozent der Psychoonkologinnen diese Frage mit *Ja* beantworteten stimmten nur 36 Prozent der niedergelassenen Therapeutinnen mit durchmischter Klientel dieser Aussage zu. *Vicarious traumatization* und Burnout waren in dieser Studie so hoch interkorreliert, dass die Autorinnen von einer psychometrischen Überlappung ausgehen. In einer schrittweisen Regression der TSI-Werte (als Indikator der *vicarious traumatization*) ergaben sich zwei signifikante Prädiktoren, die gemeinsam jedoch nur ein Minimum an Varianz aufklärten ($R^2 = .056$): *Vortraumatisierung* und *Berufserfahrung*. Theorierevidierend waren jedoch beide Prädiktoren negativ mit den TSI-Werten korreliert. Insgesamt erzielten 20,8 Prozent der Stichprobe klinisch relevante PTSD-Symptomausmaße. In einer schrittweisen Regression der IES-Werte erwies sich nur Berufserfahrung als schwacher, aber signifikanter Prädiktor ($R^2 = .022$). Auch hier ging eine größere Berufserfahrung mit einer geringeren Symptombelastung einher.

2.5 Sekundäre Traumatisierung in der Tätertherapie

Erste Untersuchungen zu den (differentiellen) Auswirkungen der Therapie mit Täterinnen auf die Therapeutinnen zeigten keine höheren Belastungswerte verglichen mit Opfertherapeutinnen:

Steed und Bicknell (2001) befragten mittels IES 67 Therapeutinnen, die hauptsächlich in der Tätertherapie engagiert waren. Die IES-Werte lagen durchgängig im subklinischen Bereich, aber 15,4 Prozent der Befragten berichteten über leichte Intrusionen, 12,5 Prozent über Vermeidungssymptome und 8,0 Prozent über Hyperarousal-Anzeichen. Die Maße zeigten einen U-förmigen Zusammenhang mit der Länge der

Berufstätigkeit dergestalt, dass sehr unerfahrene und sehr erfahrene Tätertherapeutinnen höhere Belastungen aufwiesen. Diese Beziehung wurde jedoch nur für die Vermeidungssymptomatik signifikant.

Auch Ennis und Horne (2003) fanden in ihrer Studie im Mittel niedrige Belastungswerte bei 95 Tätertherapeutinnen. Die Belastung war nicht signifikant mit Exposition korreliert und es zeigten sich ebenfalls keine signifikanten Belastungsunterschiede zwischen vortraumatisierten und nicht-vortraumatisierten Therapeutinnen. Lediglich das Ausmaß erlebter kollegialer Unterstützung korrelierte signifikant negativ mit der Menge der PTSD-Symptome.

Kadambi und Truscott (2003) fanden bei 24 Prozent ihrer Stichprobe (n = 91) PTSD-Werte im klinischen Bereich (gemessen mit der IES). Sie erhoben zudem das Ausmaß der *vicarious traumatization* (mittels TSI) und verglichen dieses mit einer Referenzgruppe von Therapeutinnen, die nicht auf Traumabehandlung spezialisiert waren. Entgegen der Hypothesen von Pearlman und Saakvitne (1995) fanden sie bei den Tätertherapeutinnen nur geringe Ausmaße von *vicarious traumatization*, die sich nicht signifikant von denen der Referenzgruppe unterschieden. Darüber hinaus standen auch die Variablen Exposition, Menge der Traumadetails und Supervision in keinem signifikanten Zusammenhang mit den TSI-Werten.

Die erste Studie, die Opfer- und Tätertherapeutinnen direkt verglich, wurde von Way, van Deusen, Martin, Applegate und Jandle (2004) vorgelegt: Sie fanden keine Gruppenunterschiede (n = 95 Opfertherapeutinnen vs. n = 252 Tätertherapeutinnen) bezüglich der Traumasymptombelastung (gemessen mit der IES), wohl aber hohe Belastungswerte insgesamt. In ihrer Stichprobe erreichten 52 Prozent der Befragten ein klinisches Ausmaß an Traumasymptomen. Die beiden Gruppen unterschieden sich nicht hinsichtlich der Vortraumatisierungen, wiesen aber recht hohe Prozentwerte auf: 75,8 Prozent der Stichprobe berichteten eine Traumatisierung in der Kindheit, 53,6 Prozent sogar wiederholte Traumatisierungen. Die eigene Vortraumatisierung stand in keinem signifikanten Zusammenhang mit der berichteten Symptombelastung. Diejenigen mit weniger Berufserfahrung erzielten jedoch signifikant höhere Werte auf der Intrusionssubskala.

2.6 Burnout bei Therapeutinnen

Interessanterweise fanden Kadambi und Truscott (2003), so wie auch schon Pickett (1998) und McLean et al. (2003), einen engeren Zusammenhang zwischen *vicarious traumatization* und Burnout als zwischen *vicarious traumatization* und PTSD-Symptomatik. In ihrer Studie gaben knapp ein Fünftel der Befragten klinische Belastungen auf den Burnout-Skalen *Dehumanisierung* und *Emotionale Erschöpfung* an. Die für eine Burnoutdiagnose notwendigen niedrigen Werte auf der Skala *Persönliche Leistungsfähigkeit* erzielten zusätzlich jedoch nur zwei Prozent der Stichprobe.

Unter emotionaler Erschöpfung, dem Leitsymptom des Burnout, versteht Maslach (Maslach, 1982; Maslach & Leiter, 1997) das Gefühl, durch den Kontakt mit Klientinnen ausgelaugt und überanstrengt zu sein. Dehumanisierung beschreibt eine gefühllose und abgestumpfte Reaktion auf Klientinnen, die geprägt ist von Gleichgültigkeit und Verlust des Interesses am Schicksal der Klientin. Die letzte Dimension des Konstruktes drückt sich in reduzierter Leistungsfähigkeit aus. Als Leistungsfähigkeit werden hier ein konstruktiver Umgang mit den Klientinnen, Empathievermögen und die Fähigkeit genannt, ruhig und ausgeglichen mit emotionalen Problemen umgehen zu können. Maslach gibt für eine gemischte Population psychosozial Tätiger folgende Mittelwerte einer 6-stufigen Skala an: *Emotionale Erschöpfung* $M = 2.33$; *Dehumanisierung* $M = 1.75$; *Persönliche Leistungsfähigkeit* $M = 4.32$.

In der bisher größten Studie zu Burnout bei Psychotherapeutinnen (Willutzki, Ambühl, Cierpka, Meyerberg, & Orlinsky, 1997) wurden die Burnoutwerte mit der generellen Arbeitszufriedenheit in Bezug gesetzt. Von den 760 Befragten beschrieben sich 73,1 Prozent als zufrieden mit ihrer therapeutischen Arbeit. Die Mittelwerte für *Emotionale Erschöpfung* ($M = 2.02$) sowie *Dehumanisierung* ($M = 1.07$) lagen etwas unter den Referenzwerten von Maslach (s.o.) und auch die *Persönliche Leistungsfähigkeit* deutet mit einem etwas höheren Mittelwert ($M = 4.71$) auf eine niedrigere Burnoutausprägung hin. Über 50 Prozent der zufriedenen Therapeutinnen berichteten erwartungsgemäß über eine hohe persönliche Leistungsfähigkeit und nur

sehr wenige Personen dieser Gruppe über ein distanziertes, dehumanisierendes Verhältnis zu ihren Klientinnen. Selbst bei diesen hoch arbeitszufriedenen Therapeutinnen gaben jedoch 50 Prozent an, sich emotional erschöpft zu fühlen. Auch ein Großteil der unzufriedenen Therapeutinnen schätzte zwar die eigene Leistungsfähigkeit als mittel oder sogar hoch ein. Diese Gruppe wies jedoch die höchsten Werte auf den Skalen *Emotionale Erschöpfung* und *Dehumanisierung* auf.

Eine neuere Studie ging der Frage nach, ob das therapeutische Setting mit den Burnoutwerten der Therapeutinnen in Zusammenhang steht. Rupert und Morgan (2005) befragten 571 Psychotherapeutinnen und fanden ebenso wie schon Willutzki et al. (1997) relativ wenig Anzeichen für eingeschränkte Leistungsfähigkeit. *Emotionale Erschöpfung* war positiv korreliert mit den Faktoren Kontrolle über die Arbeit, Anzahl der Arbeitsstunden pro Woche sowie Verwaltungsaufgaben und Bürokratie. Die Autorinnen unterteilten die Befragten hinsichtlich ihrer Arbeitsbedingungen in drei Gruppen: Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis und Organisation. Auf der Skala *Depersonalisation* zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Therapeutinnen, die in Organisationen arbeiteten zeigten jedoch signifikant weniger *Persönliche Leistungsfähigkeit* und signifikant mehr *Emotionale Erschöpfung* als ihre niedergelassenen Kolleginnen.

2.7 Empathie bei Therapeutinnen

Alle drei Modelle der Sekundären Traumatisierung gehen davon aus, dass ausgeprägte Empathiefähigkeit einen besonderen Risikofaktor bei der Ätiologie der Sekundären Traumatisierung darstellt. Die Modellkomponenten *Empathiefähigkeit* und *Empathische Ansteckung* wurden bisher im Zusammenhang mit der Entstehung der Sekundären Traumatisierung nicht empirisch untersucht. Eine Studie zur Empathiefähigkeit bei Psychotherapeutinnen (Hassenstab, Dziobek, Rogers, Wolf, & Convit, in press) konnte jedoch keine überdurchschnittlichen empathischen Fähigkeiten bei Psychotherapeutinnen feststellen. In dieser Untersuchung, die allerdings nur 19 Therapeutinnen und 19 Kontrollpersonen umfasste, zeigten sich

signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen in den kognitiven Empathiekomponenten nur dann, wenn diese mittels kurzer Filmsequenzen anstatt schriftlicher Items erhoben wurden. Dies legt die Interpretation nahe, dass Therapeutinnen geübter als Kontrollpersonen in der Entschlüsselung paraverbalen Sprachanteile wie Intonation und Wortflüssigkeit sind. Im Bereich der affektiven Empathie zeigten sich kaum signifikante Unterschiede. Lediglich auf der Skala *Personal Distress*, die Angst und Belastung aufgrund der Beobachtung eines belasteten Gegenübers misst, zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen: Die Therapeutinnen zeigten sich weniger belastet als die Kontrollpersonen. Hassenstab et al. interpretieren dies als ein Indiz für eine gesteigerte Fähigkeit, emotionale Reaktionen zu steuern oder zu inhibieren. Diese sei das Resultat eines intellektuellen Prozesses, der auf Grund der häufigen Konfrontation mit emotional aufgeladenen Situationen während der Psychotherapie zur Moderation der eigenen Belastung entwickelt werde. Von einer generell höheren Empathiefähigkeit mit der Folge einer deutlicheren empathischen Ansteckung bei Therapeutinnen kann also dieser Studie zufolge nicht ohne weiteres ausgegangen werden.

Bezüglich der empathischen Ansteckung ist interessant, dass schon DiMascio, Boyd und Greenblatt (1957, zitiert nach Hatfield, Cacioppo, & Rapson, 1994) zeigen konnten, dass die Herzraten von Therapeutinnen und Klientinnen zumeist kovariieren, d.h. sich eine Erhöhung der Herzrate auf Seiten der Klientin fast immer in einer ähnlichen Erhöhung bei der Therapeutin spiegelt. Levenson und Ruef (1992) griffen diese Ergebnisse auf und konnten anhand einer Experimentalreihe zeigen, dass sie sich die Akkuratheit der empathischen Reaktion durch die physiologischen Daten vorhersagen ließ. Ihre Daten belegen, dass sich Menschen in ihrer Empathiefähigkeit deutlich unterscheiden, und dass diejenigen eine besonders genaue Einschätzung des emotionalen Zustandes der beobachteten Person abgeben konnten, deren Herzrate und Hautleitfähigkeit sich derjenigen der beobachteten Person in besonderem Maße angleichen. Diesen Studien zufolge wäre eine mögliche Hypothese, dass es eine Untergruppe von besonders empathischen Therapeutinnen gibt, die

physiologisch auf den Erregungszustand ihrer Klientinnen reagieren. Diese Untergruppe könnte ein besonderes Risiko für die Entwicklung einer Sekundären Traumatisierung aufweisen.

2.8 Bindungsmuster und Vortraumatisierung bei Therapeutinnen

Die oben charakterisierten Ätiologiemodelle der Sekundären Traumatisierung postulieren übereinstimmend eine deutlichere Vulnerabilität vortraumatisierter Therapeutinnen. Wie jedoch ein Blick in die empirische Literatur zeigte, lässt sich dies statistisch nicht einheitlich belegen, zumal es eine Konfundierung von Vortraumatisierung und Arbeitszeit als Einflussfaktoren zu geben scheint. Die Grundlagenliteratur zur psychischen Gesundheit von Psychotherapeutinnen ist spärlich. Laut Cierpka, Orlinsky, Kächele und Buchheim (1997, S. 269) stellen sie noch immer eine „vernachlässigte Variable in der Psychotherapieforschung“ dar.

Bindungsmuster

Eine deutschsprachige Studie (Nord, Höger, & Eckert, 2000) untersuchte Bindungsmuster einer Stichprobe von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen (n = 86) unterschiedlicher therapeutischer Orientierung (psychoanalytisch, tiefenpsychologisch und gesprächspsychologisch). Die Autorinnen nahmen an, dass sich die Gruppe der Therapeutinnen aufgrund ihrer Berufsmotivation und spezifischen beruflichen Sozialisation hinsichtlich ihres Bindungsstils von der Normalbevölkerung unterscheidet. Erwartet wurde ein wesentlich größerer Anteil an *sicher Gebundenen* in der Gruppe der berufstätigen Therapeutinnen als in der Referenzstichprobe, da die Autorinnen davon ausgehen, dass die Therapeutinnen zu Beginn der Ausbildung wegen ihrer möglicherweise problematischeren Biographie zwar eher einen unsicheren Bindungsstil aufweisen, die berufsspezifische Sozialisation (Lehranalyse, Selbsterfahrung, Ausbildung etc.) diesen aber in Richtung eines sicheren

Bindungsstils verschiebt. Außerdem wurde erwartet, dass unter den *unsicher gebundenen* Therapeutinnen die *bedingt Sicher* den größten Anteil ausmachen, da sich dieser Bindungsstil am besten mit der Art der therapeutischen Beziehung vereinbaren lässt. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass sich die Verteilung der Bindungsmuster signifikant von der einer Referenzstichprobe unterscheidet: Es weisen nur knapp zehn Prozent der untersuchten Therapeutinnen einen *sicheren* Bindungsstil auf, während in der Referenzstichprobe 20,5 Prozent *sicher Gebundene* zu finden sind. Der überwiegende Teil der Therapeutinnen ist einer deaktivierenden Strategie zuzuordnen, entweder im Sinne eines *bedingt-sicheren* (48,8 Prozent) oder eines *unsicher-vermeidenden* Bindungsmusters (etwas über 30 Prozent), was insgesamt fast 80 Prozent der Fälle ausmacht. In der Referenzstichprobe weist ungefähr die Hälfte eine deaktivierende Strategie auf. Der *bedingt sichere* Bindungstyp zeichnet sich durch Öffnungsbereitschaft und niedrige Akzeptanzprobleme aus, wie es auch beim *sicheren* Typ der Fall ist. Allerdings gehen diese nicht wie beim *sicheren* Stil mit einem hohen Bedürfnis nach Zuwendung und Nähe einher. Laut Höger und Buschkämper (2002) wird darin die Tendenz der *bedingt-sicher Gebundenen* deutlich, ihre Bedürfnisse nicht zu zeigen, um die Bindungsperson nicht zu beanspruchen. Dies sei eine Strategie, die sich innerhalb der Beziehung zu einer primären Bindungsperson entwickelt, die ihre Liebe und Zuwendungen an Bedingungen knüpft, das heißt, das Bindungsverhalten des Kindes in Form von Forderungen oder Wünschen konstant negativ beantwortet oder sogar ignoriert. Das Kind lernt auf diese Weise, dass es nur dann Aufmerksamkeit und positive Rückmeldungen der Bindungspersonen erhält, wenn es seine eigenen Bedürfnisse ignoriert und zurücknimmt. In der Literatur zur Bindungstheorie und ihrer Anwendung werden auch Beispiele von klinischen Manifestationen kindlicher Bindungsstörungen beschrieben. Diese geben, vor dem Hintergrund der längsschnittlichen Untersuchungen zur Entwicklung, Kontinuität und Tradierung von Bindungsmustern, Hinweise auf einen Zusammenhang von traumatischen Kindheitserlebnissen, Trennungserfahrungen und Schwierigkeiten in der Eltern-Kind-Beziehung einerseits und der Ausbildung von Bindungsmustern andererseits. Der hohe Anteil an *bedingt-sicher*

Gebundenen in der Studie von Nord et al. (2000) könnte also als ein indirekter Hinweis auf das vermehrte Vorliegen von traumatischen Kindheitserfahrungen gedeutet werden. Anders als von den Autorinnen erwartet, scheint jedoch die berufliche Sozialisation in Studium und praktischer Therapieausbildung nicht zu einer deutlichen Verschiebung der Bindungsmuster in Richtung *sicher* geführt zu haben.

Vortraumatisierung

Pearlman und Mac Ian (1995) erfragten die Vortraumatisierung der Therapeutinnen ohne Spezifizierung der Traumatisierungsart. In ihrer Untersuchung gaben 60 Prozent der Befragten an, selbst ein Trauma erlebt zu haben. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Kadambi und Truscott (2004): In ihrer Studie gaben 58,2 Prozent der Gesamtstichprobe an, vortraumatisiert zu sein.

Pope und Feldman-Summers (1992) befragten 290 Therapeutinnen bezüglich sexualisierter und physischer Gewalt. Sie erhoben keine Prävalenzen für *non man-made trauma*⁴ oder Vernachlässigung. Dementsprechend liegen die von ihnen berichteten Prävalenzen deutlich unter denen der anderen Studien: Für Missbrauch in der Kindheit fanden sie eine Prävalenz von 33,1 Prozent, für Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter von 36,6 Prozent. Insgesamt gaben 69,9 Prozent der Frauen und 32,8 Prozent der Männer eine Vortraumatisierung dieser Art an.

Brady et al. (1999) befragten 446 weibliche Therapeutinnen zu Vortraumatisierungen, die Opfer sexualisierter Gewalt behandeln. Sie erhoben in diesem Zusammenhang ausschließlich Vortraumatisierungen der Therapeutinnen, die ebenfalls als sexualisierte Gewalt klassifiziert wurden. 30 Prozent der Stichprobe gaben an, ein solches Trauma erlebt zu haben: 19 Prozent in der Kindheit, 7 Prozent im Erwachsenenalter und 4 Prozent in Kindheit und Erwachsenenalter.

⁴ d.h. eine nicht von Menschen intentional verursachte Traumatisierung

Deutlich höhere Prävalenzen fanden Way et al. (2004): In ihrer Studie berichteten 75,8 Prozent der Stichprobe eine Traumatisierung, 53,6 Prozent sogar wiederholte Traumatisierungen.

Heidrich (2004) berichtet, dass es keinen signifikanten Unterschied in der Prävalenz von Vortraumatisierungen bei Therapeutinnen unterschiedlicher Spezialisierungen gibt: In ihrer Untersuchung gaben im Mittel 75,5 Prozent eine Vortraumatisierung an, wobei die Traumatherapeutinnen die niedrigsten (66,7%) und die Suchttherapeutinnen die höchsten Prävalenzen (78,3%) aufwiesen. Im Mittel gaben die Traumatherapeutinnen vier, die Suchttherapeutinnen sechs Vortraumatisierungen an, der Range in diesen Gruppen reichte von 0 bis 27 bzw. von 0 bis 24. Diese erstaunlich hohen Zahlen kamen jedoch dadurch zustande, dass jede Traumatisierungsart auf einer Skala von 1= *einmal* bis 6 = *häufiger als 5-mal* beschrieben wurde.

Eine Studie mit EMDR-Therapeutinnen (Daniels, 2003) ergab ebenfalls eine hohe Prävalenz von Vortraumatisierungen: In dieser Untersuchung gaben 74,6 Prozent an, bereits selbst eine traumatisierende Situation erlebt zu haben. Die Studienteilnehmerinnen wurden zudem aufgefordert, die Art der erlebten Traumatisierung sowie das resultierende Belastungsausmaß anzugeben. Auf diesem Wege ließ sich auch die Prävalenz von Mehrfachtraumatisierungen abschätzen. Als Kategorien wurden *sexual abuse*, *physical abuse*, *neglect* und *non man-made (natural or technical disaster)* angeboten.

In dieser Stichprobe gaben 25,4 Prozent keine Primäre Traumatisierung an. 34,6 Prozent gaben an, eine Art von Trauma erlebt zu haben, 19,2 Prozent berichten über zwei verschiedene Arten von Traumata. Weitere 12,3 Prozent der Befragten hatten bereits drei verschiedene Arten von traumatisierenden Situationen erlebt, 8,5 Prozent (n = 11) berichten über alle vier Arten von Traumata. Im Mittel berichteten die Befragten über 1,4 verschiedene Traumatisierungsarten, bei einer Standardabweichung von SD = 1,23.

Hinsichtlich der Traumatisierungsarten ergab sich folgende Verteilung: 37,7 Prozent der Befragten gaben an, sexuellen Missbrauch erlebt zu haben. 39,2 Prozent bestätigten das Vorliegen eines physischen Missbrauchs. Die

höchste Prävalenz erreichte mit 43,8 Prozent die Vernachlässigung. 23,1 Prozent der Stichprobe gaben an, ein *man-made trauma* erlebt zu haben.

2.9 Offene Fragen

Der Überblick über den bisherigen Forschungsstand zeigt, dass sowohl bezüglich der Ätiologie und der Symptomatik als auch der moderierenden Faktoren der Sekundären Traumatisierung noch fast alle Fragen unbeantwortet sind. Da diese den Ausgangspunkt dieser explorativen Arbeit darstellen, sollen im Folgenden die fünf Leitfragen expliziert werden.

2.9.1 Parallelität zur PTSD

Gibt es die postulierte Parallele zwischen PTSD und Sekundärer Traumatisierung? Auch wenn einige empirische Studien deutliche Konvergenzen zwischen der Symptomatik der Sekundären Traumatisierung und der PTSD zeigen, so kann doch zum jetzigen Zeitpunkt nicht unhinterfragt von einer solchen Parallelität ausgegangen werden. Im Gegenteil muss zunächst eine differentielle Ätiologie der Sekundären Traumatisierung angenommen werden, da sich die therapeutische Situation auf verschiedenen Ebenen von der Situation eines primären Traumaopfers unterscheidet (s. auch die Kritik von Thomas & Wilson, 2004 oben): Die Therapeutin ist zumeist auf die Behandlung von Traumatisierungen spezialisiert und dementsprechend dafür ausgebildet. Die Exposition zu Traumata geschieht hier, anders als bei den meisten Primärtraumatisierungen, also nicht unvorhersehbar und überraschend. Von den primären Traumaopfern wird oft die Hilflosigkeit und das Gefühl des Ausgeliefertseins als besonders belastend erlebt. Therapeutinnen kontrollieren jedoch das Geschehen in der therapeutischen Situation und verfügen über Therapietechniken, um die Symptombelastung der Klientin zu verringern. Wie Therapieevaluationsstudien belegen, besteht auch berechtigterweise die Hoffnung, der Klientin helfen zu können (Bradley, Green, Russ, Dutra, & Westen, 2005). Wilson und Thomas (2004) konnten zudem in ihrer Studie zeigen, dass das A₂-Kriterium der PTSD-Ätiologie von

den allermeisten Befragten nicht erfüllt wird. Dieses erfordert eine Reaktion auf das Trauma, die von intensiver Angst, Hilflosigkeit und Entsetzen geprägt ist. Es kann also nicht unhinterfragt davon ausgegangen werden, dass die Therapeutinnen in der therapeutischen Situation mit Übererregung reagieren. Starke Übererregung ist jedoch in den gängigen Ätiologiemodellen der PTSD die Variable, die die veränderte Enkodierung während der Traumasituation bedingen soll und als Folge die Hyperarousal- und Intrusionssymptomatik auslöst. Auch wenn die empathische Verbindung zwischen Therapeutin und Klientin zu einer *Übernahme* auch physiologischer Zustände führen mag, ist doch ungewiss, ob hier ein entsprechend hohes Maß an Übererregung erreicht wird.

Andererseits spricht die Konvergenz, insbesondere der Intrusionssymptomatik, die in einigen Studien belegt werden konnte, für eine solche Parallelität. An dieser Stelle wäre eine valide Abgrenzung primärer und sekundärer Traumasymptome notwendig, um verlässliche Aussagen treffen zu können. Die bisher eingesetzten Instrumente zur Erfassung der PTSD-ähnlichen Symptomatik waren aber

- im Fall des CSF-Test für *compassion fatigue* durch einen Bias gekennzeichnet
- oder die Instruktion wurde nicht so adaptiert, dass sich die Items eindeutig und ausschließlich auf Traumasymptome sekundärer Genese bezogen.

Die Studien von Pearlman und Mac Ian (1995) sowie Daniels (2003) bildeten hier die einzigen Ausnahmen. Ohne eine solche Anpassung der Instruktion kann jedoch nicht von der Messung sekundärer Symptome ausgegangen werden, da eine Konfundierung mit primären PTSD-Symptomen nicht ausgeschlossen werden kann.

2.9.2 Symptome des Traumastörungsspektrums

Besteht die Symptomatik der Sekundären Traumatisierung ausschließlich aus PTSD-ähnlichen Symptomen? Aufgrund der postulierten Parallelität wurden bisher allein PTSD-Symptome erhoben. Die Möglichkeit, dass

Sekundäre Traumatisierung sich nicht nur aus den klassischen Traumasymptomen sondern vielleicht auch aus anderen Symptomen des Traumastörungsspektrums zusammensetzt, wurde bisher nicht empirisch untersucht. Da die beiden vorgestellten Theorieansätze induktiv sind und nicht auf empirischen Daten gründen, ist hier meines Erachtens ein Schritt zurück zu den Betroffenen unumgänglich. Die zitierten Studien legen nahe, dass es ein vom Burnout differenzierbares Syndrom gibt. Welche Symptome dieses umfasst, ist bisher nicht empirisch bestimmt worden. Zu fragen wäre aber vor allem nach Symptomen depressiver Verarbeitung, nach Suchtmittelabusus und psychosomatischen Symptomen: Bekanntermaßen gibt es eine recht deutliche Überlappung depressiver und posttraumatischer Symptome (Reynolds & Brewin, 1999). So ist selbst das Leitsymptom der PTSD, die Intrusion, nicht immer eindeutig abgrenzbar von intrusiven Gedanken wie sie bei einer Depression auftreten (vgl. Wenzlaff, 2002). Darüber hinaus sind sozialer Rückzug, Konzentrationsstörungen, Reizbarkeit und Schlafstörungen beiden Störungen gemein.

Zudem besteht die höchste Komorbidität der PTSD mit der Depression (Breslau, Davis, Andreski, & Peterson, 1991; Creamer, Burgess, & McFarlane, 2001; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995; O'Donnell, Creamer, & Pattison, 2004). Seit einiger Zeit wird daher diskutiert, Depression als eine Traumafolgestörung zu verstehen. Neuere Studien konnten zeigen, dass sich die Entwicklung von PTSD ohne und PTSD mit komorbider Depression durch die gleichen Sets von Prädiktoren vorhersagen lassen. Zur Vorhersage von Depression als Reaktion auf ein Trauma in Abwesenheit von PTSD hingegen dienen andere Vorhersagevariablen (Breslau, Chase, & Anthony, 2002; Breslau, Davis, Peterson, & Schultz, 2000; s. aber auch Ehring, 2004)

Auch mit Abhängigkeitserkrankungen besteht bei der PTSD eine deutliche Komorbidität. Diese werden in der Literatur oft beschrieben als Selbstmedikation mit dem Ziel, die Hyperarousalsymptomatik zu reduzieren (Brown, Stout, & Mueller, 1999; Jacobsen, Southwick, & Kosten, 2001; Tarrier & Sommerfield, 2003).

Menschen, die nach einem Trauma eine PTSD ausgebildet haben, berichten zudem häufig von somatischen Problemen (Andreski, Chilcoat, & Breslau, 1998). Diese bestehen zumeist aus Infektionskrankheiten oder typischen Stresssymptomen wie Kopfschmerzen (Wong, 2002). Nach langandauernden, extremen Traumatisierungen wie z.B. Folter berichten die Opfer zudem häufig von unspezifischen Schmerzsymptomen, für die sich keine direkte somatische Ursache finden lässt. Diese Art der Symptomatik tritt auch während der Depression auf, konnte jedoch bei komorbider PTSD durch die PTSD-Symptome vorhergesagt werden (van Ommeren et al., 2002).

2.9.3 Ätiologie der Sekundären Traumatisierung

Was sind Vulnerabilitätsfaktoren und Auslöser? Wie oben beschrieben, lässt sich die Intrusionsentstehung nicht eindeutig auf eine - durch die Übererregung bedingte - veränderte Enkodierung zurückführen. Es ist nicht davon auszugehen, dass die Therapeutinnen die therapeutische Situation selbst als belastend erleben oder gar mit einem deutlichen Hyperarousal reagieren. Alle drei vorgelegten Modelle postulieren Empathie bzw. empathische Ansteckung als notwendige Variable, die der Entstehung der Sekundären Traumatisierung vorausgeht. Zu fragen ist also nach vermittelnden Variablen, die dennoch eine entsprechend schwere Symptombelastung erklären könnten.

Alle drei Modelle postulieren ebenfalls ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Sekundären Traumatisierung bei Personen, die eine Vortraumatisierung aufweisen. Bereits Dutton und Rubinstein (1995) haben jedoch schon angemerkt, dass ein früheres Trauma auch einen Schutzfaktor darstellen könne. Sie vermuten, dass die Copingstrategien der Therapeutinnen, die wiederum von der persönlichen Geschichte abhängig sind, die Entstehung von Sekundärtraumatisierungen moderieren könnten. Bewältigungsstrategien, die bereits im Umgang mit eigenen Traumata als hilfreich erlebt wurden, dienen dann möglicherweise auch im Umgang mit sekundären Traumareaktionen der Entlastung. Wenn man jedoch von einer

engen Parallelität zwischen PTSD und Sekundärer Traumatisierung ausgeht, bleibt die Vulnerabilitätshypothese auch weiterhin relevant, da neuere Studien darauf hinweisen, dass zumindest bei primären Traumastörungen eine frühere Traumatisierung als Risikofaktor angesehen werden kann (vgl. die Metaanalyse von Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003).

Möglicherweise spielt jedoch auch die Art und Anzahl der Traumatisierungen eine wesentliche Rolle. Die Studie von Daniels (2003) ergab einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Anzahl der verschiedenen Primärtraumatisierungen und den abhängigen Variablen: Je mehr verschiedene Arten von Traumata die Befragten erlebt hatten, desto höhere Werte erreichten sie auf der *Compassion-Fatigue*-Skala und der IES-R-Subskala *Hyperarousal*. Dieses Ergebnis, alleine betrachtet, würde die Vulnerabilitätsthese stützen, auch wenn das Fehlen eines signifikanten Zusammenhangs zwischen Traumadosis und dem Intrusionserleben überraschend ist.

Stellt man die Art der Traumatisierung in Beziehung zur Belastung, so ergibt sich ein recht uneinheitliches Bild: Es zeigte sich für alle Traumatisierungsarten, außer dem sexuellen Missbrauch, ein positiver Zusammenhang mit den *compassion-fatigue*-Werten. Dieser spiegelte sich aber lediglich bei der Variable *non man-made trauma* in erhöhten Werten der IES-R-Subskalen *Avoidance* und *Hyperarousal* wider.

Intrusion stand als einzige abhängige Variable mit keiner Art von Primärer Traumatisierung in Zusammenhang.

Bei sexuellem Missbrauch ließ sich als einziger Traumatisierungsart keinerlei Zusammenhang mit den abhängigen Variablen finden. Dies ist zunächst überraschend, da sexueller Missbrauch in der Kindheit die deutlichste Symptombelastung evozieren sollte. Möglicherweise ist jedoch gerade dieses Ergebnis als weiterer Hinweis darauf zu werten, dass Vortraumatisierungen, vermittelt über Copingstrategien, einen Schutzfaktor darstellen könnten. Es könnte jedoch auch daraufhin deuten, dass nicht das Vorliegen einer Vortraumatisierung, sondern der Umgang mit einer solchen

der entscheidende Faktor ist. Da diese These nie empirisch untersucht wurde, kann hier nur spekuliert werden. Plausibel erscheint jedoch, dass Personen mit einem solchen *man-made trauma* durch die resultierende Belastung gezwungen waren, sich in Behandlung zu begeben und das Trauma zu bearbeiten. Möglicherweise ist dies nicht bei der Mehrheit jener Kolleginnen der Fall gewesen, die angaben ein *non man-made trauma* erlebt zu haben. Als Alternativhypothese lässt sich also formulieren, dass die mangelnde Integration der Vortraumatisierung die ausschlaggebende Variable sein könnte, die einen Vulnerabilitätsfaktor darstellt.

Das *Trauma-Transmission* - Modell (C.R. (Ed.) Figley, 1995) spezifiziert weitere Risikofaktoren: So sollen andere Lebensbelastungen, geringe Arbeitszufriedenheit und unzureichende Distanzierungsfähigkeit zur Entwicklung der *compassion fatigue* beitragen. Auch im Text von Pearlman und Saakvitne (1995) werden geringe Arbeitszufriedenheit, persönliche Lebensumstände, aber auch strukturelle Bedingungen der Arbeit, Entlohnung sowie traumaspezifische Supervision und Ausbildung als moderierende Faktoren genannt. Keine dieser moderierenden Variablen konnte bisher einheitlich mit der Entwicklung der Sekundären Traumatisierung in Verbindung gebracht werden. Diese relativ allgemeinen Risikofaktoren können allein nicht erklären, warum eine Therapie mit einer traumatisierten Klientin diese Symptomatik auszulösen vermag, während andere Therapien, in denen Menschen mit vergleichbar schweren Traumatisierungen behandelt werden, keine negativen Konsequenzen für die Therapeutin haben. Betrachtet man die Ergebnisse von Thomas und Wilson (2004), in deren Studie nur sieben Prozent der belasteten Therapeutinnen angaben, in der auslösenden Situation starke Angst, Entsetzen oder Hilflosigkeit erlebt zu haben (wie es das A_2 -Kriterium des DSM-IV für die Ätiologie der PTSD fordern würde), so wird jedoch auch deutlich, dass sich das Phänomen mit Klientencharakteristika allein nicht ausreichend begründen lässt. Zu fragen ist also vor allem nach interagierenden Faktoren von Klientin und Therapeutin, z.B. der wahrgenommenen Ähnlichkeit oder objektiven Parallelen im Lebenslauf.

2.9.4 Genese und Dauer der Sekundären Traumatisierung

Wie lange dauert es, bis sich eine Sekundäre Traumatisierung ausbildet, und wie lange hält diese an? Figley (1995) betont, dass bereits eine Exposition zu Traumamaterial von Klientinnen ausreicht, um eine Sekundäre Traumatisierung der Therapeutinnen zu bewirken. Er postuliert ein rasches Einsetzen der Symptome, aber auch ein nur relativ kurzes Fortbestehen der Belastung. Pearlman und Saakvitne (1995) hingegen beschreiben einen langfristigen Prozess, der zu überdauernden Veränderungen führt. Kausalfaktor ist hier die kumulative Exposition über Klientinnen hinweg. Da bisher alle empirischen Studien als Querschnittsuntersuchungen angelegt waren, mit dem Ziel, eine Punktprävalenz zu schätzen, gibt es zur Zeit nicht eine einzige Studie, die empirisch klären könnte, ob es sich bei der Sekundären Traumatisierung um eine kurzfristige Einschränkung oder eine überdauernde Veränderung handelt bzw. ob es entsprechende Unterformen gibt. Auch ist unklar, ob die Symptombelastung schnell einsetzt oder über einen längeren Zeitraum stetig zunimmt. Ebenso ist die Rekonvaleszenz bisher nicht beschrieben worden.

Greift man auch hier auf die Literatur zur primären PTSD zurück, so bietet sich das Modell von Ehlers und Clark (2000) zur Analyse der aufrechterhaltenden Faktoren an. Laut diesem kognitiv-behavioralen Modell tragen dysfunktionale Kognitionen, die das Erleben des Traumas schuldhaft bewerten, zu der Ausbildung von kognitivem und behavioralem Vermeidungsverhalten bei. Dieses verhindert eine Veränderung des Traumagedächtnisses und der dysfunktionalen Kognitionen. Ehlers und Clark stellen jedoch eine Annahme in den Mittelpunkt ihres Modells, deren Übertragbarkeit auf die Situation der Therapeutin zu prüfen wäre: Sie argumentieren, dass die Wahrnehmung einer fortbestehenden Bedrohung den Kern der PTSD ausmacht. Diese Wahrnehmung wird durch das Intrusionserleben und die dysfunktionalen Kognitionen ausgelöst und durch das Vermeidungsverhalten aufrechterhalten. Zu fragen wäre also zunächst, ob sich auch bei den Therapeutinnen Kognitionen finden, die das Auftreten der Sekundären Traumatisierung eigenem Fehlverhalten anlasten.

2.9.5 Distanzierung während der Exposition

Was tun Therapeutinnen innerlich, um sich zu distanzieren? Einige Studien konnten zeigen, dass die Symptombelastung negativ mit der Berufserfahrung korreliert (s. z.B. McLean et al., 2003). Zwar liegen auch hier widersprüchliche Ergebnisse vor, doch es stellt sich die Frage, ob Berufsanfängerinnen vulnerabler sind. Die Ergebnisse zur Empathie bei Therapeutinnen (Hassenstab et al., in press, s.o.) deuten daraufhin, dass sich Therapeutinnen nicht hinsichtlich ihrer Empathiefähigkeit, sondern bezüglich der erlebten empathischen Ansteckung von anderen Populationen unterscheiden. Hassenstab et al. argumentierten, dass die Therapeutinnen im Laufe ihres Berufslebens möglicherweise Strategien entwickeln, um sich von dem Gehörten zu distanzieren. Zu fragen ist hier, ob es sich dabei um einen intellektuellen Prozess oder eher um eine automatisierte Reaktion handelt. Es bleibt zu vermuten, dass Berufsanfängerinnen diese Strategien noch nicht entwickelt oder noch nicht automatisiert haben, so dass sie durch die Arbeit mehr belastet werden.

3 Triangulationsmethodik

In der vorliegenden Arbeit soll aufgrund der explorativen Ausrichtung der Untersuchungen eine Triangulationsstudie durchgeführt werden. Unter Triangulation versteht man die Betrachtung eines Gegenstandes aus zwei oder mehreren Perspektiven. Es werden für gewöhnlich vier Arten von Triangulation unterschieden (Flick, 2004): Als *Daten-Triangulation* wird die Verwendung unterschiedlicher Datenquellen bezüglich des gleichen Phänomens bezeichnet. *Forscher-Triangulation* nennt man den gezielten Einsatz verschiedener Personen bei der Erhebung oder Auswertung der Daten. Analysiert man den Gegenstand im Lichte unterschiedlicher Theorien oder Hypothesen, so handelt es sich um eine *Theorien-Triangulation*. Bei der *Methoden-Triangulation* kommen unterschiedliche Methoden zum Einsatz. Als *within-method* wird dabei eine Triangulation innerhalb einer Methode bezeichnet, also z.B. der Einsatz unterschiedlicher Interviewverfahren; *between-method* beschreibt die Kombination unterschiedlicher methodischer Ansätze, z.B. die Kombination eines qualitativen Interviews mit einer psychophysiologischen Messung. Ursprünglich nur als Verfahren zur Erhöhung der Validität konzipiert, wird Triangulation heute als Alternative zur Validierung gesehen, insbesondere als Möglichkeit, die Breite und Tiefe der Untersuchung zu steigern.

In der vorliegenden Studie soll sowohl eine *Datentriangulation* (Interviews mit Betroffenen vs. Supervisorinnen) als auch eine *Methodentriangulation* (qualitative Leitfadeninterviews vs. quantitative Fragebogenerhebung) angewandt werden: Wie oben dargestellt, basieren die vorliegenden Theoriemodelle der Sekundären Traumatisierung auf einer Vielzahl von Annahmen, die bisher nicht empirisch überprüft wurden. Die auf dieser Basis entwickelten quantitativen Instrumente haben größtenteils zu uneinheitlichen Ergebnissen geführt, die die zugrunde gelegten Theoriemodelle nicht stringent stützen konnten. Da die bis dato vorliegenden empirischen Daten nicht gut konvergieren, scheinen sie zudem das Phänomen nicht umfassend genug zu erfassen. Es erscheint daher notwendig, zu den *Expertinnen im Feld* zurückzukehren und in einer explorativen qualitativen Studie das Phänomen zunächst einmal umfassend zu umschreiben. Dazu sollen sowohl

Betroffene als auch Supervisorinnen interviewt werden. Bei den Interviews mit Betroffenen steht die umfassende Beschreibung des Phänomens sowie individueller Symptomkonstellationen und Verläufe im Mittelpunkt. Diese Ergebnisse sollen mit den Aussagen der Supervisorinnen kontrastiert werden, welche zudem bezüglich quantitativer Einschätzungen befragt werden sollen. Erst in einem zweiten Schritt soll aus den so gewonnenen Erkenntnissen ein Instrument entwickelt werden, welches eine quantitative Analyse des Phänomens ermöglicht. Dabei sollen jedoch die qualitativen Daten nicht nur als Konstruktionsgrundlage des quantitativen Instrumentes gesehen werden sondern vor allem auch Hinweise auf potentielle Schutz- und Risikofaktoren geben. In diesem Sinne basiert die vorliegende Arbeit auf einem explorativen, hypothesengenerierenden Ansatz. Dieser schlägt sich auch in der Anlehnung der Arbeit an die Methodik der *Grounded Theory* (s.u.) nieder: Die verzögerte Strukturierung und Definition des Forschungsgegenstandes bedeutet zugleich auch einen Verzicht auf eine Hypothesenbildung ex ante. Zwar wird das Objekt der Untersuchung unter theoretischen Aspekten umrissen und zugleich Bezug genommen auf die bereits vorliegenden empirischen Untersuchungen. Diese Vorannahmen werden jedoch als vorläufige Versionen des Konstruktes verstanden, die im Lauf des Forschungsprozesses reformuliert und ausformuliert werden sollen. Gerade die Revision auf der Basis des empirischen Materials stellt das Ziel dieser explorativen, hypothesengenerierenden Arbeit dar. Dazu werden zunächst die beiden Studien getrennt voneinander dargelegt und bewertet. Die neu entwickelten Hypothesen, Schlussfolgerungen und empirischen Belege werden anschließend in einem zweiten Schritt integriert, gemeinsam diskutiert und zu den bestehenden Theorien in Bezug gesetzt.

4 Qualitative Interviewstudie

Im folgenden Teil der Arbeit wird eine explorative Interviewstudie zur Sekundären Traumatisierung vorgestellt. Dazu wird unter 4.1 zunächst die Methodik der Untersuchung erläutert: Es sollen das Material, die untersuchte Stichprobe und das Vorgehen bei der Datenauswertung detailliert dargestellt werden. Unter 4.2 werden die Ergebnisse der Interviews mit betroffenen Therapeutinnen zusammengefasst und durch Zitate belegt. Unter 4.3 werden die Ergebnissen der Interviews mit Supervisorinnen dargestellt. Im Anschluss werden unter 4.4 die Ergebnisse beider Studienteile integriert und ihre Implikationen kritisch diskutiert.

4.1 Methoden

Die qualitative Interviewstudie soll wegen ihrer explorativen Ausrichtung auf dem methodischen Hintergrund der *Grounded Theory* durchgeführt werden. Der *Grounded Theory* - Ansatz wurde Ende der 1960er Jahre von den Medizinsoziologen Glaser und Strauss (1967) vorgelegt und später vor allem von Strauss weiterentwickelt. Die *Grounded Theory* wurde ursprünglich vor allem aus dem Impuls formuliert, eine Annäherung von theoretischer und empirischer Forschung einzuleiten mit dem Ziel, Theorien in enger Tuchfühlung mit der sozialen Realität zu erarbeiten. Das Grundanliegen dieser Methode ist es also, Theorien nicht abstrakt, sondern in möglichst intensiver Auseinandersetzung mit einem konkreten Gegenstand zu entwickeln. Daher finden sich in Deutschland auch manchmal die Bezeichnungen *gegenstandsbezogene Theorie* oder *empirisch begründete Theoriebildung*.

4.1.1 Material

Sowohl Flick (2004) als auch Lamnek (1995) empfehlen für die Generierung von Hypothesen durch Interviews das Leitfadeninterview. Dies ist ein Interview, welches das zu erhebende Thema zwar in Form eines Leitfadens

vorstrukturiert, im Allgemeinen aber auf standardisierte Fragen und vor allem auf standardisierte Antwortvorgaben verzichtet. Der Leitfaden wird nach thematischen Bereichen konstruiert, die jeweils von einer offenen Frage eingeleitet werden und durch theoriegeleitete, hypothesengerichtete Fragen ergänzt werden. Wo möglich, sollen Inhaltsbereiche mit Konfrontationsfragen beendet werden, bei denen die individuellen Angaben mit Hilfe konkurrierender Alternativen hinterfragt werden. Auch soll dem Leitfaden im Allgemeinen nicht in immer derselben Weise gefolgt werden; er ist vielmehr in Abhängigkeit vom Interviewverlauf flexibel zu handhaben. Es geht im Leitfadeninterview also darum, offen zu sein für die Perspektive der befragten Person, für Neues und Ungereimtheiten. Die Leitfadeninterviews sollen inhaltsanalytisch ausgewertet werden. Daraus ergibt sich idealiter, dass der Leitfaden im Verlaufe der Untersuchung modifiziert, d.h. durch neu gewonnenes Wissen ergänzt oder verkürzt wird.

Leitfadeninterviews scheinen für die vorliegende Studie deshalb besonders geeignet, da sie die Befragten als Expertinnen ihrer Handlungen begreifen und Zuhören mit Nachfragen verbinden (vgl. Witzel, 2000). Hierfür sollen die Leitfäden so konstruiert werden, dass die wesentlichen thematischen Aspekte, die aus den theoretischen Modellen sowie den zuvor analysierten quantitativen Daten extrahiert wurden, integriert und spezifiziert werden.

In der vorliegenden Untersuchung kam eine Unterform der Leitfadeninterviews zum Einsatz, die häufig Experten-Interview genannt wird. Anders als bei biographischen Interviews interessiert dabei eine Person vor allem in ihrer Eigenschaft als Expertin für ein bestimmtes Phänomen. Die Interviews werden dementsprechend auch nicht in Form einer Typologie, d.h. einer ausführlichen Einzelfallanalyse, ausgewertet, sondern mit dem Ziel, das Expertenwissen der Einzelinterviews zu einer Phänomenbeschreibung zu verdichten. Der Leitfaden (s. Anhang A3 und A4) wurde dementsprechend thematisch strukturiert, so dass eine umfassende Symptombeschreibung evoziert wurde. Er basiert auf den Angaben zur Differenzialdiagnose der PTSD (Saß, Wittchen, & Zaudig, 1999; Zaudig, 2000), den Fragen des *Strukturierten klinischen Interviews* (Wittchen, Zaudig, & Fydrich, 1997) sowie jenen Erhebungsinstrumenten, die in der bisherigen Forschung zur

Sekundären Traumatisierung eingesetzt wurden. Er wurde durch Fragen ergänzt, die geeignet erschienen, Antworten auf die oben beschriebenen *Offenen Fragen* zu provozieren.

Das Interview wurde mit der offenen Frage eingeleitet, ob die Person Phasen erlebt hat, in denen sie sich durch die Arbeit mit traumatisierten Menschen belastet gefühlt hat. Die erlebte Belastung sollte auf der Symptomebene zunächst umrissen werden. Die genannten Symptomgruppen wurden dann strukturiert mit dem Leitfaden erfasst. Angaben zu Auslösefaktoren, Reaktionen auf die entstehende Belastung sowie Copingstrategien wurden vertieft, wenn die Interviewpartnerin sie von sich aus benannte, und andernfalls im Anschluss an die Symptomerhebung angesprochen. Fragen zu peritraumatischer Verarbeitung und Veränderungen kognitiver Schemata rundeten das Interview ab.

In der Literatur zu Leitfadeninterviews wird immer wieder hervorgehoben, dass eine *Anwärmphase* mit *Small Talk* dem Interview vorgeschaltet werden soll, um ein angemessenes Gesprächsklima zu entwickeln, so dass die Befragten sich der Interviewerin öffnen können. Dieses Vorgehen wurde aus folgenden Gründen abgewandelt: Zunächst ist zu bedenken, dass die Interviewpartnerinnen durch die Form der Kontaktaufnahme bereits sehr genau wussten, welches Thema zu besprechen sein würde. Da es sich bei den Befragten ausschließlich um Psychotherapeutinnen handelte, schien eine Gesprächseröffnung mit *Small Talk* dem Thema und der Situation nicht angemessen. Um jedoch dennoch eine *Anwärmphase* und auch ein Einschwingen auf die Thematik zu ermöglichen, wurde die Bearbeitung eines Fragebogens zum Thema Sekundäre Traumatisierung vorgeschaltet (s. Anhang A2). Bei einem Thema, das mit einer so hohen Stigmatisierungsgefahr belegt ist, schien es notwendig, vor allem eine neutral-offene Einstellung der Interviewerin zu vermitteln. Der Fragebogen ist dementsprechend so gestaltet, dass er neutral nach *Veränderungen* fragte, die dann sowohl in Richtung *Verbesserung* als auch in Richtung *Verschlechterung* beantwortet werden konnten. Zu dem enthält der Fragebogen nicht nur Items, die sehr eng an das Konstrukt der PTSD angelehnt sind, sondern vor allem Fragen aus angrenzenden Bereichen, so

dass indirekt eine breite Definition von Sekundärer Traumatisierung angeboten wurde. Dies geschah auf dem Hintergrund, dass sich in den letzten Jahren auch unter den Praktikerinnen ein Vorverständnis von Sekundärer Traumatisierung als typischer Traumastörung mit den entsprechenden Symptomen verfestigt hat. Es schien ratsam, hier schon vor dem Interview eine Ausweitung des Fokus auch auf weniger typische Symptome nahe zu legen. Der Fragebogen enthält zudem nicht nur Fragen auf der Ebene der Symptome, sondern erfasst explizit auch Veränderungen der Persönlichkeit. All dies sollte dazu beitragen, eine möglichst umfassende Phänomenbeschreibung zu evozieren. Der Fragebogen wurde zum Abschluss des Gespräches erneut herangezogen um zu validieren, dass alle von der Interviewpartnerin als verändert markierten Bereiche auch zur Sprache gekommen waren. Dies erwies sich als sehr günstig, da so auch besonders schwierig anzusprechende Veränderungen, z.B. hinsichtlich Sexualität und Drogenabusus thematisiert wurden.

Bevor das Interview eröffnet wurde, wurden Fragen des methodischen Vorgehens und der Sicherstellung der Anonymisierung erörtert und die biographischen Daten erhoben. Die Interviews wurden mit Hilfe eines Kassettengerätes aufgezeichnet.

4.1.2 Stichprobe

Die Interviewteilnehmerinnen wurden auf verschiedenen Wegen akquiriert: Zunächst durch Aushang und Aufrufe bei Vorträgen auf einem Trauma-Fachkongress sowie bei einem Traumatherapie-Weiterbildungsinstitut. Durch die enge Vernetzung fachspezifischer Beratungsstellen und persönliche Kontakte in dieses Feld konnten bundesweit Aufrufe per E-mail versendet werden. Zudem wurden einige niedergelassene Traumatherapeutinnen sowie Fachkliniken per Post über die Studie informiert und zu einer Teilnahme aufgefordert. Der Aufruf richtete sich explizit an Kolleginnen, die bereits eine Phase Sekundärer Traumatisierung erlebt hatten. Dabei wurde dies als arbeitsbedingte Belastung beschrieben, die sich möglicherweise in posttraumatischen Symptomen oder veränderten Schemata äußern könnte (s. Anhang A1). Die interviewten Supervisorinnen sind als

Traumatherapiesupervisorinnen bekannt und wurden direkt individuell angesprochen.

Die Stichprobe der interviewten Personen bestand aus drei Männern und 22 Frauen, die als Betroffene befragt wurden. Diese Interviews wurden kontrastiert mit denen von sechs Frauen, die in ihrer Funktion als Supervisorinnen interviewt wurden. In die abschließende Inhaltsanalyse konnten noch 21 Interviews mit Betroffenen und sechs mit Supervisorinnen einbezogen werden. Der post-hoc Ausschluss von vier Interviews war dadurch bedingt, dass zwei Personen (IP3 und IP15) eine Belastung mit traumatypischen Symptomen berichteten, die auf eine primäre Traumatisierung im Beruf zurückging und bei einer Person (IP12) ein Burnoutsyndrom festgestellt wurde. Des Weiteren wurde eine Berufsanfängerin (IP17) ausgeschlossen, die eine allgemeine Arbeitsbelastung und Erschöpfung, nicht jedoch traumaähnliche Symptome, schilderte. Dieser Ausschluss geschah auf der Basis der Auswertungen der vorherigen Interviews, die ergeben hatten, dass traumaähnliche Symptome bei der Mehrzahl der befragten Therapeutinnen vorlagen.

Die endgültige Stichprobe (s. Anhang B) wies im Mittel ein Alter von 45,4 Jahren auf (SD = 7,76) bei einem Range von 31 Jahren bis 58 Jahren. Die interviewten Therapeutinnen verfügten im Mittel über 14,2 Jahre allgemeine Berufserfahrung (SD = 6,88, Range von 1 bis 27 Jahre) sowie 11,6 Jahre Erfahrung in der Behandlung traumatisierter Klientinnen (SD = 6,30, Range 1 bis 27 Jahre). Sie arbeiteten im Durchschnitt 33,43 Stunden pro Woche (SD = 9,39, Range 10 bis 40 Stunden), von denen sie im Mittel 15,24 Stunden im direkten Kontakt mit traumatisierten Klientinnen standen (SD = 8,81, Range 2 bis 35 Stunden). Sie gaben an, von durchschnittlich 60,8% ihrer traumatisierten Klientinnen Details des Traumahergangs erfahren zu haben (SD = 25,64, Range 10% bis 100%).

Im Rahmen der *Grounded Theory* wurde das Konzept der *Theoretischen Sättigung* zur Stichprobenauswahl entwickelt: Diese soll nicht nach Kriterien statistischer Repräsentativität ausgewählt werden, sondern danach, ob sie das Wissen über den Untersuchungsgegenstand zu erweitern geeignet ist

oder nicht. Theoretische Sättigung impliziert daher meist ein konsekutives, kumulatives Vorgehen: Zunächst werden eine oder mehrere Untersuchungseinheiten analysiert. Auf der Grundlage der so gewonnenen Ergebnisse bzw. Hypothesen, Ideen oder Konzepte wird nach weiteren Einheiten oder Fällen gesucht, die geeignet sein könnten, die bisherigen Ergebnisse zu bestätigen, zu kontrollieren, zu modifizieren, zu erweitern oder zu relativieren. Da die Gewinnung von Interviewpartnerinnen sich bei dem zu bearbeitenden, stark tabuisierten Thema jedoch als sehr schwierig erwies, konnte diesem Prinzip nur bedingt gefolgt werden. Zwar konnte die Codierung konsekutiv geschehen, d.h. die bereits geführten Interviews konnten in fast allen Fällen bereits in kodierter Form als Grundlage der nächsten Interviews dienen, eine gezielte Suche nach Personen, die zu spezifischen Fragen Antworten geben könnten, war jedoch nicht möglich.

Empfohlen wird im Allgemeinen eine Auswahl der Interviewpartnerinnen, mit dem Ziel (1) Extremfälle zu erfassen, sowie (2) besonders typische Fälle zu erfassen und so (3) die maximale Variation des Phänomens in der Stichprobe abzubilden. Dies scheint bei der vorliegenden Stichprobe, trotz der eingeschränkten Selektionsmöglichkeit, gelungen zu sein.

4.1.3 Datenauswertung

Die Interviews wurden inhaltswörtlich transkribiert, d.h. Füllwörter und Pausen wurden im Prozess der Transkription entfernt⁵. In einem zweiten Schritt wurden auch Textpassagen eliminiert, die eine zu große Entfernung vom Thema des Interviews darstellten, insbesondere Angaben zur therapeutischen Methode und der Biographie einzelner Klientinnen. Der so entwickelte Text bildete die Grundlage der Analyse. Dieser wurde in das Programm *ATLAS.ti* eingelesen und codiert. *Codieren* bedeutet in der

⁵ Das Transkript enthält somit nur alle expliziten sprachlichen Äußerungen in vollständiger und wörtlicher Form, aber ohne Berücksichtigung umgangssprachlicher und dialektbedingter Laut- und Wortformen oder außersprachlicher Merkmale wie Pausen, Intonation oder überlappende Rede. Auslassungen sind mit ... gekennzeichnet, lange Pausen, die für das Verständnis des Satzes notwendig sind, wurden mit – vermerkt. Auslassungen, die zur Sicherstellung der Anonymität der Befragten notwendig sind, wurden mit XXX ersetzt.

Grounded Theory die Analyse von Daten durch Bildung von Konzepten oder Kategorien und die Zuordnung der Daten als Indikatoren zu diesen Konzepten. Es handelt sich also nicht um eine einfache Subsumtion der Daten unter vorhandene Kategorien, wie im Prozess des in der standardisierten Forschung üblichen Codierens, vielmehr werden die Kategorien erst im Verlauf des Codierprozesses gebildet und im Fortgang der Auswertung sukzessive erweitert und verfeinert. Dabei kann ein Interviewabschnitt auch mehreren Codes zugeordnet werden. Unterschieden wird zwischen drei Arten des Codierens:

- Offenes Codieren: Hier werden die Daten sehr breit und umfassend, aber noch eher tentativ ausgewertet, um das Material so vollständig und facettenreich wie möglich zu analysieren.
- Axiales Codieren: Die intensive Analyse eines bestimmten Konzeptes, vor allem mit Hilfe des weiter unten dargestellten Codierparadigmas.
- Selektives Codieren: Die systematische Codierung im Hinblick auf das zentrale Konzept oder die Schlüsselkategorie, die sich im Verlauf der ersten beiden Codierungsschritte herausgebildet hat.

Zudem unterscheidet man zwischen induktiver und deduktiver Kategorienentwicklung (Mayring, 2000). Während das induktive Vorgehen darauf beruht, die Kategorien aus dem empirischen Material zu entwickeln, trägt man diese bei dem deduktiven Vorgehen an das empirische Material heran, nachdem man sie auf der Basis des Theoriewissens entwickelt hat.

In der vorliegenden Studie wurde ein Hybridverfahren eingesetzt: Zunächst wurden Kategorien induktiv aus den Interviews entwickelt. Wo dies möglich war, wurden diese dann in einem zweiten Schritt in die sich deduktiv aus den Diagnosekriterien der PTSD ergebenden Kategorien überführt. Dieses Verfahren schien in besonderem Maße geeignet, die Parallelität von Primärer und Sekundärer Traumatisierung zu überprüfen.

Das Codierparadigma, welches in den späteren Schriften von Strauss (z.B. Strauss, 1994) vorgeschlagen wurde, sieht vor, die Daten nach folgenden Kriterien zu codieren: Im Mittelpunkt steht ein bestimmter Gegenstand - das Phänomen. Gefragt werden soll dann zunächst nach den Ursachen oder

Bedingungen des Phänomens, weiterhin nach Kontextbedingungen oder intervenierenden Bedingungen, unter denen diese Ursachen wirksam werden, ferner nach Handlungsstrategien, die das Phänomen bei den involvierten oder betroffenen Akteuren auslöst, sowie nach Konsequenzen, die sich aus dem Phänomen oder auch aus den Handlungsstrategien ergeben. Da die möglichst umfassende Beschreibung des Phänomens das Hauptziel dieser Arbeit darstellt, soll hier dem ersten Schritt besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden. Dies geschieht zunächst durch die rein qualitative Analyse der Interviews, in einem zweiten Schritt sollen dann jedoch die jene Codes auch quantitativ ausgewertet werden, die eine Parallele zur PTSD abbilden. Hierbei ergänzen sich individuumsbezogene und phänomenbezogene Auswertung, sodass sowohl eine Einschätzung der individuellen Symptombelastung als auch eine quantitative Beschreibung der Phänomenausprägungen möglich wird. Da die neu entwickelten Symptombeschreibungen erst im Verlauf der Adaptation des Interviewleitfadens regelmäßig erfragt wurden ist hier von einer quantitativen Auswertung abzusehen. Zusätzlich sollen zudem Auslösevariablen, Risikofaktoren und hilfreiche Copingstrategien qualitativ herausgearbeitet werden. Die anhand der Interviews mit Betroffenen entwickelten Codes werden dann zur Analyse der Interviews mit den Supervisorinnen herangezogen, um Überschneidungen und Divergenzen in der Beschreibung der Sekundären Traumatisierung herauszuarbeiten. Ist das Material nach diesem Schritt noch nicht umfassend erfasst, so sollen auch aus den Supervisorinneninterviews neue Codes entwickelt werden.

4.2 Ergebnisse der Interviews mit Betroffenen

Die Ergebnisse der Interviewstudie werden im Folgenden recht verdichtet dargelegt. Das Ziel ist hierbei zunächst, von den individuellen Beschreibungen ausgehend, die Bandbreite der Symptomatik zu beschreiben. Dazu werden sowohl typische als auch eher untypische Symptomausprägungen mit Zitaten belegt, um die Bandbreite der Symptomatik abzubilden. Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden hier

jedoch für jedes Symptom maximal drei Zitatbelege angeführt. Für Hinweise zu weiteren Zitatbelegen siehe Anhang C.

4.2.1 Parallelen zur Symptomatik der PTSD

Es sollen nun zunächst diejenigen Symptombereiche exemplarisch dargestellt werden, die sich parallel zu der primären Symptomatik gestalten und sich dementsprechend problemlos in die vom DSM-IV für die PTSD angegebenen Symptomcluster *Hyperarousal*, *Vermeidung* und *Intrusion* eingliedern lassen:

4.2.1.1 Hyperarousal

Unter dieser Kategorie werden überdauernde Angstsymptome oder Indikatoren eines dauerhaft erhöhten Erregungslevels zusammengefasst. Diese werden jedoch nur als Indikatoren der PTSD gewertet, wenn sie nicht schon vor dem Trauma bestanden oder im Rahmen einer anderen Achse-1-Störung klassifizierbar sind. Es besteht eine deutliche Überlappung dieses Symptomclusters mit den Leitsymptomen verschiedener Angststörungen sowie der Depression.

D1: Ein- und Durchschlafstörung (auch nach Albträumen)

Schlafstörungen treten bei verschiedenen psychischen Störungen auf und sind ein Leitsymptom der Depression. Sie wurden deshalb in der vorliegenden Studie nur dann als PTSD-ähnlich codiert, wenn sie nicht ausschließlich auf eine verstärkte Grübelneigung zurückzuführen waren, sondern ein erhöhtes Erregungsniveau indizierten. In zwölf Interviews wurden Zitatbelege für dementsprechende Ein- und Durchschlafstörungen gefunden:

IP8: Also, im Schlafverhalten das kommt schon mal vor, dass es auch Schlafstörungen gibt.

JD: Nicht einschlafen oder nicht durchschlafen?

IP8: Nicht einschlafen können...manchmal ist es dann denken, manchmal ist es auch einfach so höher drehen, insgesamt erregter sein. So was wie ein Wachheitszustand.

IP 5: Ich hatte einen unruhigen, also, ich habe mich einfach nachts nicht entspannt. Ich bin auch nachts auf einem höheren Energielevel gefahren und dadurch bin ich dann eben schon durch Kleinigkeiten aufgewacht und dann war auch wieder der Gedanke dann da.

JD: Also war richtig der Schlaf auch beeinträchtigt?

IP5: Ja.

JD: Abgesehen von den Albträumen: Wie war das mit dem Schlaf? Hattest Du Probleme einzuschlafen, durchzuschlafen... weniger erholt zu sein?

IP5: Beides... ach, alles, glaub ich.

IP2: Ich bin manchmal schlecht eingeschlafen und bin manchmal auch nachts so ein bisschen hochgeschreckt, also nicht Albträume, sondern...also, es gab auch Tage da konnte ich schlecht einschlafen, weil ich irgendwie so viele Arbeitsgedanken gewälzt habe. Also beim Schlafverhalten gab es schon Veränderungen.

D2: Reizbarkeit, Wutausbrüche

Auch eine emotionale Labilität kann ein Anzeichen eines erhöhten Erregungsniveaus sein, wenn sie sich vor allem in Reizbarkeit und häufigeren Wutausbrüchen manifestiert. Acht Therapeutinnen beschrieben solche Veränderungen:

IP8: Ich werde reizbarer, ungeduldiger und habe mehr so eine negative Grundeinstellung.

IP9: Ja, also geringe Belastbarkeit gekoppelt mit dieser anderen Seite, dass man selber schneller aggressiv wird, schnell was abwimmelt oder patzig wird.

IP 18: Reizbarer, ja, auch so unflexibel, dass Dinge so passieren mussten, wie ich mir das vorgestellt habe.

D3: Konzentrationsschwierigkeiten

Auch Konzentrationsschwierigkeiten werden auf ein erhöhtes Erregungsniveau zurückgeführt und treten sowohl bei PTSD als auch bei

Depression auf. Sieben Therapeutinnen berichteten von Veränderungen ihrer Konzentrationsfähigkeit, die sie als belastend einstufen:

IP 1: Vielleicht noch mal in Bezug auf Konzentrationsfähigkeit – das fand ich damals total heftig, das fand ich richtig schlimm: im Keller zu stehen und nicht mehr zu wissen was man hoch holen will, so bei ganz kleinen alltäglichen Geschichten, wie Termine auszumachen – also, ich bin ja, also, wenn ich einen Termin ausmache dann bin ich auch da. Und das ist natürlich peinlich,...und auch gar nicht so „ach, das hatte ich ganz vergessen“, sondern das ist so gar nicht abgespeichert worden. Das fand ich ganz beängstigend.

JD: Können Sie sich erinnern, ob sich Ihre Konzentrationsfähigkeit verändert hat?

IP 21: Ja, das sowieso, ganz massiv.

JD: Woran haben Sie das gemerkt?

IP 21: Ich konnte nichts lesen, ich konnte nichts mehr erinnern, auch Artikel, die ich gelesen hatte...

JD: Auch in die Richtung Alltagsdinge zu vergessen, z.B. Termine nicht wahrzunehmen?

IP 21: Ja, das auch.

Eine Therapeutin betonte jedoch, dass die Aufnahmefähigkeit nicht generell beeinträchtigt war:

JD: Wie war es mit Deiner Konzentration damals?

IP 24: Die wird bei mir in solchen Phasen manchmal eher besser, wenn es themenbezogen ist. Also von daher würde es mir jetzt schwer fallen, zu sagen, ich konnte mich grundsätzlich besser oder schlechter konzentrieren. Sondern alles, was annäherungsweise mit dem Thema zu tun hatte, wurde aufgesogen und blieb hängen, andere Dinge haben mich vielleicht nicht so erreicht und gingen auch unter, also, da hätte ich weniger Kapazitäten für gehabt. Also spezifische Konzentrationsstörungen. ...aber so eine Alltagsvergesslichkeit, also Sachen liegen lassen und nicht hinkriegen. Und wirklich in Vergessenheit geraten, weil ich nicht konzentriert bin auf den Alltag.

D4: Hypervigilanz

Übermäßige Wachsamkeit wurde von elf Therapeutinnen als Symptom genannt. Soll diese als Symptom gewertet werden, so muss die Hypervigilanz nach dem traumatisierenden Ereignis begonnen haben und somit eine Veränderung des individuellen Sicherheitsverhaltens darstellen:

IP19: Ich habe nur auch gemerkt ich gehe, ich habe da bei mir gemerkt, im Unterschied zu mir früher aber auch im Unterschied zu anderen Leuten, dass ich aufmerksamer durch die Straßen gehe, vorsichtiger, misstrauischer.

JD: Wie mit so einem Außenblick „lauert Gefahr?“

IP 19: Ja, so. Das auf jeden Fall. Ich hätte jetzt nicht total versunken an der Bushaltestelle gesessen, ich habe meine Umgebung beobachtet zum Beispiel.

IP23: Aber es war schon eine erhöhte Aufmerksamkeit ständig, bei Geräuschen, so eine ständige Übererregung.

D5: Gesteigerte Schreckreaktion

Auch die physiologische Reagibilität wurde von 6 Therapeutinnen als verändert beschrieben:

IP18: Und zum Beispiel erinnere ich mich an eine Situation, wo ich zu Hause den Briefkasten geöffnet habe und dann war da ein Brief, der mir komisch vorkam und sofort war mein erster Gedanke „das ist jetzt von irgend so einem, der mich bedrohen will“ ... aber das weiß ich noch wie ich da hinterher dachte „wow“, das war wirklich eine körperliche Angstreaktion bei mir, als ich diesen Brief gesehen habe.

IP 13: Ja, ja. Geräusche oder auch im Dunkeln das Gefühl „huch was war das?“ Also, mehr nach außen gerichtet, mehr auf Kontrolle gerichtet. Ja, mehr auf Kontrolle gerichtet, ja.

4.2.1.2 Vermeidung

Dieses Symptomcluster umfasst zum einen Verhaltensweisen, die bewusst dazu dienen Reize zu vermeiden, die mit dem Trauma assoziiert sind. Dies können sowohl externale Reize wie Orte und Gespräche, als auch internale

Reize wie Gedanken und Gefühle sein. Im DSM-IV ist jedoch auch die traumabezogene Amnesie dem Cluster Vermeidung zugeordnet. Das Vermeidungscluster wird im DSM-IV zum anderen als Abflachung der allgemeinen Reagibilität beschrieben, wobei hier die Veränderung, verglichen mit der Zeit vor dem Trauma, das ausschlaggebende Kriterium ist.

C2: Vermeidung von Aktivitäten, Orten oder Personen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen

Laut DSM-IV umfasst diese Kategorie bewusste Anstrengungen Reize zu vermeiden, die Erinnerungen an das Trauma auslösen. Darunter subsumiert sind die Vermeidung von Aktivitäten, Gegenständen oder Orten. In fünf Interviews fanden sich entsprechende Symptombeschreibungen:

IP5: Ja. Es gibt so etwas – XXX. Das war für mich so ein Ort, der klar benannt wurde. Das war eigentlich ein schöner Ort zum Spaziergehen. Da gehe ich heute noch nicht spazieren... Das vermeid ich. Da hab ich das Gefühl – nee – dann drängt es sich mir auf und da kann ich nicht entspannt spazieren gehen.

IP6: Ja. Die XXX zum Beispiel. Also ich finde alle spirituell besetzten Orte schwierig, macht mir auch keine Freude. Ich krieg eine halbe Stunde vor XXX krieg ich schon einen Migräneanfall...Ich brauch da gar nicht mehr hinzugehen.

IP 13: Ja, ich habe mich distanziert, wo ich wusste, also, du kannst manche Themen ganz einfach nicht ab. Also, gerade was jetzt sexuelle Traumatisierung anging oder so. Also, da habe ich gemerkt, gerade wenn da etwas im Fernsehen kam, habe ich gesagt: „Oh, das tust du dir jetzt mal nicht an, gehst mal lieber raus“, weil ich das nicht sehen wollte habe ich mich zurückgezogen. So was.

JD: Manche Therapeutinnen sagen, manchmal kommen Dinge zum Einsatz in so einem Trauma, in so einer Folterung, die auch im alltäglichen Leben vorkommen und denen man dann aus dem Weg geht, irgendwie. Können Sie sich an so etwas erinnern?

IP 13: Ja, das stimmt. Da war auch medizinisches Material, was ich dann, doch ich bin in diesen einen Raum, wo diese medizinischen Untersuchungen durchgeführt wurden und da bin ich dann nicht so gerne reingegangen. Ja ,ja.

Die folgenden Symptomkategorien C4 bis C7 werden im DSM-IV übereinstimmend charakterisiert als ein Rückzug von der Außenwelt oder eine verminderte Reaktion auf die Außenwelt:

C4: Verringertes Interesse oder Teilnahme an Aktivitäten

Die betroffenen Personen geben dementsprechend an, ein deutlich vermindertes Interesse an Aktivitäten zu haben, die ihnen zuvor Freude bereiteten. Auch ein Rückzug aus sozialen Situationen, der aufgrund des verminderten Interesses zustande kommt, ist hier zu verorten. Von den interviewten Kolleginnen beschrieben acht entsprechende Symptome:

IP 23: Aber dass ich mich mit jemandem getroffen habe war nicht mehr. Also wenn, dann habe ich mich mit Leuten getroffen, wo ich dachte, dass sind Fachleute, die können mir – da gibt es einen fachlichen Austausch. Aber privat über irgendwas Nettos reden oder ins Kino gehen war alles nicht mehr.

IP 13: Ich glaube, ich war teilweise sehr mit mir dann beschäftigt und war nicht offen für Kontakte oder ich habe das Gefühl, manche Dinge habe ich gar nicht so mitbekommen, die im Äußeren passierten oder die so politisch passierten oder so etwas. Dass ich dann merkte „Oh, sieh mal zu, dass du hier wieder in die Realität zurückkommst“. Das habe ich mehr gemerkt, das ist so eine starke Bezogenheit auf mich.

IP 16: Na, ich habe im Grunde meine Hobbies zwar weitergemacht, aber ich hatte keinen Spaß mehr daran. Also, ich habe einfach auch gedacht, ich mach das mal weiter, damit ich da einen Gegenpol habe. Und weil ich da auch sehr eingebunden war und eben meine Freundinnen auch dort getroffen habe. Und wenn ich da nicht komme, dann muss ich das sehr genau begründen warum.

JD: Aber Ihr Impuls wäre eigentlich gewesen...?

IP 16: Ich hätte mich am liebsten im Bett verkrochen und geschlafen.

C5: Gefühl von Entfremdung und Losgelöstheit von Anderen

Die Vermeidungssymptomatik muss jedoch nicht bewusst als solche erlebt werden. Sie kann sich auch in Form einer Entfremdung oder sogar eines

Gefühls der Ablösung von anderen Menschen manifestieren. Zitatbelege dazu fanden sich in acht Interviews:

IP13: Auch so mit so einem Gefühl, es gibt Bereiche, das wollen andere nicht hören oder das sind Erfahrungen, die ich ganz schwer teilen kann. Also so ein Gefühl, was die Patientin auch ganz stark geschildert hat. Also, dass sie so ein ganz isoliertes Dasein führt, weil das einfach nicht mitteilbar ist oder manche Menschen das auch nicht hören wollen. Das habe ich so ein Stück dann auch irgendwie miterlebt. Diese Auseinandersetzung damit, dass es solche, doch sehr, sehr nahe in unserer Gesellschaft, Dinge gibt, die nicht mitteilbar sind oder nicht so schnell mitteilbar sind oder nur ganz gezielt mitteilbar sind. Das hat schon eher einen sozialen Rückzug bewirkt bei mir.

IP 19: Auch bei diesem Lebensgefühl,..., von dieser Erschütterung was zu teilen, damit habe ich schlechte Erfahrungen gemacht, alles in allem. Nicht jetzt bei jedem Menschen, aber über die Jahre ist doch für mich das Gefühl geblieben, dass das eigentlich nicht geht. Dass man sehr alleine damit ist, und dass das die Arbeit enorm erschwert. Und mit dieser Schwere habe ich mich schon sehr weit weg gefühlt von anderen Menschen.

IP 21: Das habe ich damals auch gehabt, diese Entfremdung und die wissen gar nicht, wie das Leben ist. Ach, und die können so genießen. Auf der einen Seite. Und auf der anderen Seite diesen Schrecken immer, wenn die nicht mehr normal umgingen mit mir plötzlich. Das fand ich auch sehr lästig. Also die Entfremdung kam nicht nur von mir, sondern auch von außen.

C6: Eingeschränkte Bandbreite des Affektes

Bezieht sich die Kontaktlosigkeit auf die eigene Person, so äußert sie sich in einer ausgeprägten Unfähigkeit Emotionen zu erleben. Laut DSM-IV ist hier, in Abgrenzung zur Depression, vor allem eine eingeschränkte Bandbreite des Affektes gemeint: Insbesondere Gefühle der Intimität, Zärtlichkeit und Sexualität werden als deutlich reduziert erlebt. Die Beschreibungen von sieben Therapeutinnen wurden diesem Code zugeordnet. Veränderungen der Sexualität, die aufgrund der intrusiven Symptomatik entstanden, wurden gesondert codiert und werden weiter unten beschrieben:

IP 16: Ja, das habe ich auch in den anderen Therapiesitzungen gemerkt, dass ich überhaupt nicht mehr mitgeföhlt habe, ich war einfach nur - hoffentlich ist die Stunde bald vorbei, und es hat mich nicht mehr wirklich interessiert was los ist. Was mir wichtig ist, das hat sich verändert. Also, mir war eigentlich alles egal. Und ich habe mir das zwar trotzdem gemerkt und meine Leistung trotzdem gebracht, ich habe versucht, es mir nicht anmerken zu lassen, und das ist mir auch einigermaßen geglückt, aber es hat halt alles sehr viel mehr Kraft gekostet und es war auch, na ja, es hat mich einfach nicht mehr angehoben, was die Leute erzählt haben. Und das auch im Privaten.

JD: ...ging das einher mit innerlich weniger emotional beteiligt sein? So was wie emotional taub sein?

IP 21: Ja, ich glaube ja. Ja, abgedämpft, und auch nicht mehr reflektieren können, irgendwie nicht mehr so die Übersicht haben, auch die Helikoptersicht, das Dissoziieren können, Abstand nehmen können von meiner Position, das konnte ich nicht mehr.

IP 24: Es kann gut sein, dass ich davon so voll war, dass es privat dann nicht mehr reichte. Das schon. Eher wenn mir dann FreundInnen was erzählten, dann so ein schneller Vergleich im Sinne von „Mein Gott, verglichen damit...“ Und das, finde ich, bedeutet auch eine gewisse emotionale Taubheit gegenüber den ja völlig legitimen Sorgen, die auch normale Menschen im Alltag haben.

4.2.1.3 Intrusion

Das Symptomcluster Intrusion bildet das Leitsymptom der PTSD und dient wesentlich der Abgrenzung von anderen Störungen des Traumafolgespektrums, mit denen anderweitig eine große Symptomüberlappung besteht. Es soll aus diesem Grunde vertieft und ausführlicher mit Zitaten belegt werden.

B1: Wiederkehrende oder intrusive Erinnerungen an das Erlebnis, z.B. Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen

Die Hauptschwierigkeit bei der Erfassung dieses Symptoms besteht in der eindeutigen Abgrenzung von der Grübelneigung, wie sie bei der Depression beschrieben ist. Wesentliches Kriterium für die Differenzierung ist die Qualität

der Unwillkürlichkeit und eingeschränkten Kontrolle. Bei allen visuellen Beschreibungen dieser Form von Intrusion befanden sich die Befragten nicht mit im Bild, beschrieben dies aber qualitativ als sehr nah. Dennoch kam es zu einigen Übernahmen körperlicher Reaktionen oder Sinneswahrnehmungen, als wäre man selber mit im Raum oder sogar in der Position des Opfers. Achtzehn Therapeutinnen gaben an, unter dieser Form von Intrusion gelitten zu haben:

IP8: Das war schon sehr stark, weil diese Traumageschichte wirklich in allen möglichen Situationen ungerufen in den Kopf kam, in den Sinn kam, in meinem normalen Leben. Ich erinnere, dass mich das sehr belastet hat. Die Bilder, diese Erzählungen, dass die sehr viel kamen.

JD: War das eher wie ein Gedanke oder kam ein Bild dazu?

IP8: Auch Bilder, ja.

JD: Also, die hat Ihnen was erzählt von dem Trauma, und das haben Sie zu einem Bild zusammengesetzt und das kam dann wieder?

IP8: Ja, das kam dann wieder.

JD: Dieses Bild, fühlte sich das an wie ein Bild das an der Wand hängt, was man betrachtet, oder mehr wie etwas, wo sie fast direkt mit dran oder drin waren?

IP8: Das war schon näher, näher dran.

JD: Aber Sie als Person waren nicht Bestandteil des Bildes?

IP8: Nein.

JD: Sie haben was gesehen, was mit der Klientin passiert...

IP8: Ja.

JD: War das bunt oder eher schwarzweiß?

IP8: Weder noch. Aber es gibt ja keine andere Qualität. Es war ein Fühlbild vielleicht.

JD: Aber es war schon visuell, irgendwie?

IP8: Ja, es war beides. Es war visuell und atmosphärisch, so taktil...

JD: War das wie selber Körperwahrnehmungen nachempfinden oder vorstellen?

IP8: Ja, so.

JD: War das wie ein Standbild oder war es eine Szene, wie eine Handlung?

IP8. Nein, das war auch Handlung. Also, ein Handlungsbild. Es war schon eine Aktion. Und manchmal waren auch so Alltagsszenen darin. Also z.B. ich sehe ein kleines Mädchen, so ein normales fröhliches kleines Mädchen, mit blonden Locken, und dann kam diese Bild, was jetzt mit diesem Mädchen passiert. Kommt ein Mann und nimmt das Mädchen. Das Mädchen hatte gar nichts damit zu tun. Das war ein ganz anderes Mädchen, ein real herumlaufendes Mädchen, das hat dann auf einmal dieses andere Gesicht bekommen.

JD: Also ein reales Mädchen, das Sie beobachten, was das triggert und sich das dann wie so darüber legt, kann man das so sagen?

IP8. So kann man das sagen, ja.

JD: In dem Moment, wo Sie das erlebt haben, gab es da auch noch so was wie hören, schmecken, riechen?

IP8. Ne, das nicht.

JD: Sie haben eben schon gesagt, das hat Sie sehr belastet. Warum? Kamen da Gefühle mit? Oder hat es Sie besorgt, dass das passiert ist?

IP8. Nein, es hat mich eher belastet, dass ich es nicht aus dem Kopf gekriegt hab, dass ich da keine Distanz zu bekommen habe. Dass sich das dann immer so aufgedrängt hat, wo ich es gar nicht wollte.

IP 9: Da war mir schon klar, dass das andere Geschichten sind, da war ich dann mehr so wie ein Zuschauer dem immer wieder sich etwas anderes aufdrängt. Also praktisch, als ob man in das fremde Kino reingeschoben wird, man will da nicht reingehen.

JD: Es war also etwas was Sie angeguckt haben, Sie waren nicht selber mit drin?

IP9: Nein.

JD: Vom Gefühl her – ist das Bild sehr weit weg gewesen oder eher nah?

IP9: Eher nah.

JD: Können Sie sich auch noch erinnern, ob das eher schwarzweiß oder bunt war?

IP9: Meistens bunt.

JD: Können Sie sich erinnern, ob Sie in dem Moment auch noch andere Sinneswahrnehmungen hatten, also etwas gehört haben, körperlich gefühlt haben, geschmeckt haben?

IP9: Ja, also meistens ist das bei mir mit Hören. Dass ich also die Gespräche, Dialoge mit wahrnehme so wie gesprochene Worte. Das ist also kein Stummfilm. Und dass der Körper mitreagiert, also, die psychosomatische Resonanz ist immer so

gut zu spüren. Schmecken, Riechen, das kann ich nicht so sagen, das habe ich nicht.

JD: Was Sie da tagsüber als einschließende Bilder hatten, hätten Sie das auch willentlich erinnern können?

IP9: Zum Teil ja.

JD: In so einem Moment wo diese Bilder kamen, hätten Sie die einfach wegschicken können oder war das schwierig die zu unterbrechen?

IP9: Das war schwierig.

IP 24: Das war eine Szene. Wie ein Film.

JD: War der bunt?

IP 24: Ja. Ein Film, allerdings mit Standbildern, also die schrecklichsten Momente das sind dann die Bilder, aber das ganze ist wie ein Film.

JD: Weißt Du, ob Du auch etwas gehört hast in dem Film?

IP 24: Ja. Die Stimmen der Männer, Flaschen auf dem Boden, ihren Atem. Ja.

JD: Hast Du auch etwas gerochen, geschmeckt oder selber körperlich gefühlt?

IP 24: Ich habe viel von der Bedrängnis gefühlt, und von dem nicht fassen können, was sie erlebt hat. Das hat sich sehr auf mich gelegt, sozusagen. Komisch, ich merke jetzt gerade, ich meine mich zu erinnern, dass sie am Meer gelebt hat, als das passierte, und das ist für mich mit einer gewissen Seeluft verbunden, aber das habe ich bisher nicht gedacht, das taucht jetzt gerade auf.

JD: In diesem Film, siehst Du Dich da selber?

IP 24: Nein. Also, aus der Beobachterposition, als wäre es ein Fernsehfilm.

JD: So weit weg wie ein Fernsehfilm auch?

IP 24: Nein, reale Größe, so als wäre ich mit im Raum. So hätte ich es nur sehen können, wenn ich mit im Raum gewesen wäre.

JD: Kannst Du noch erinnern, wann dieser Film kam? Kam der über den ganzen Tag immer mal oder kam der in bestimmten Situationen?

IP 24: Also immer, wenn es mit den Gegenständen assoziiert war, immer, wenn ich der Patientin begegnete auf Station. Aber durchaus auch manchmal nachts vorm Einschlafen oder auf dem Weg nach Hause. Da habe ich eine Stunde Fahrtweg gehabt, und da kam das oft noch mal. Sowohl in dem ich es bewusst hervorrief, als auch manchmal so schlaglichtartig. Ich habe mich aber auch sehr viel damit beschäftigt, wie das Erleben für sie war.

JD: Wäre das richtig, wenn ich zusammenfasse: Es gab situative Auslöser, die Dinge oder die Klientin selbst, und es kam in Leerlaufphasen, also beim Autofahren, beim Einschlafen, das sind ja so Momente, wo man nichts anderes gezielt denkt?

IP 24: Stimmt. Ja, das würde passen, keine andere Aufgabe gleichzeitig, ja.

JD: Kannst Du Dich erinnern, wie lang das so war?

IP 24: Nicht durchgängig, würde ich sagen. Also, zu der ganz aktuellen Zeit, wo ich die Bänder mit ihr aufgenommen und angehört habe, da sicherlich durchgängig zwei bis drei Wochen und aber immer mal wieder aufflammend, also zwei bis drei Monate hat das bestimmt Einfluss gehabt.

Das folgende Beispiel zeigt, dass auch die sekundären Intrusionen stark fragmentiert sein können. Gerade die Tatsache, dass nicht alle Beschreibungen logisch zueinander passen, verschiedene Blickwinkel beschrieben werden und Körpergefühle auftauchen, markiert diese Erinnerungen als traumatische Intrusionen:

JD: Siehst Du da ein Standbild oder kannst Du eine Szene sehen?

IP 25: Eine Szene.

JD: Sind da auch Geräusche mit drin?

IP 25: Ja, ganz viel Geschrei.

JD: Ist das Bild bunt oder schwarzweiß?

IP 25: Ist eher schwarzweiß. Vielleicht aber auch weil diese realen Kameraaufnahmen Schwarzweißaufnahmen waren. Und diese Bilder sind auch eher schwarzweiß.

JD: Ist noch etwas Anderes dabei, z.B. Geruch oder Geschmack oder körperliche Eindrücke?

IP 25: Nein, das nicht, also Geräusche, Geschrei und Durcheinander, die habe ich dabei, aber Gerüche, nee, das wäre, also das habe ich da nicht, da könnte ich mich jetzt reindenken.

JD: Du hast ja gerade gesagt es ist eine Szene. Weißt Du noch, wo die anfängt und wo die aufhört?

IP 25: Eigentlich sind es zwei Szenen, zwei Bilder, zwei Blickwinkel. Ich habe einmal die Szene wie sie erschossen wird, und er sitzt neben ihr.

JD: Von wo siehst Du das?

IP 25: Das muss der Blick des Attentäters sein, so von dem Winkel. Ich sehe da so ein Paar, zwei nebeneinander sitzen, sehe ihn eindeutig innen sitzen am Gang und sie am Fenster, ohne dass ich weiß wie das war. Und sie wird getroffen und sackt irgendwie zusammen, das sehe ich auch. Und er springt irgendwie weg. Wohin auch immer. Und ich sehe aber auch den Blick der Opfer. Das ist ein Standbild. Also, ich sehe da auch keinen Schießenden, ich sehe da einen Mann.

JD: Wie sieht der aus?

IP 25; Der hat kein Gesicht. Weiß ich nicht. Der ist da, das ist ein unlogisches Bild, aber ich sehe keinen schießenden Mann.

JD: Und das ist aus dem Blick von ihm oder von ihr oder von wo anders.

IP 25: Nein, das ist schon eher sein Blick so.

JD: O.k., die zwei Bilder gibt es so parallel nebeneinander. Diese Szene, dass er weiß dass sie tot ist, nachdem der Schuss gefallen ist, war das auch noch ein Bild?

IP 25: Ich habe das Bild vor Augen: Sie liegt da tot und er wird irgendwie rausgezerrt. Das ist echt unlogisch wieder. Ich weiß gar nicht wie der da rausgezerrt worden sein soll. Aber so im Bild habe ich, dass er von einem Sicherheitsbeamten da rausgezerrt wird und seine Frau bleibt drinnen liegen.

JD: So gefühlsmäßig – sind das Bilder so weit weg, als würden sie im Fernseher laufen, oder ist es etwas was nah ist, aber Du guckst es an, oder bist Du fast wie mit in dem Raum drin?

IP 25: Gefühlsmäßig bin ich da mit drin. Ja. Das ist nicht weit weg. Ich bin da drin.

JD: Das erste Bild aus den Augen des Täters raus, kommt da ein Gefühl mit, wenn du das Bild aufrufst?

IP 25: Ich habe immer so ein Gefühl von furchterlichem Entsetzen. Das muss doch das Schrecklichste sein, wenn meine Frau neben mir erschossen wird. Ich sitze neben ihr, und sie wird abgeknallt. Ich weiß auch nicht, ob das ein reales Bild ist wie ich es jetzt beschreibe, also das kann auch eine verirrte Kugel oder sogar ein Sicherheitsbeamter gewesen sein, aber mein Bild ist, dass der Attentäter reingekommen ist und nach den Bomben noch geschossen hat. Das ist auch eher schon die Wahrnehmung des Mannes, da war ich viel auch mit ihm identifiziert. Ja, das spüre ich körperlich. In diesem Bild sitzt der Mann rechts und ich sitze in dem Gefühl auch rechts und links sitzt meine Frau an meiner Schulter, man hat da ja Körperkontakt, und - es war seine rechte Schulter, die durchschossen war –

JD: Es ist egal, wenn das nicht logisch ist.

IP 25: Mich irritiert gerade, dass die Bilder, die ich habe, nicht passen können.

JD: Ja. Das ist egal. Das heißt, wenn Du die Bilder wieder aktualisierst, dann kommt so etwas wie: Du bist eher in der Position des Mannes und kannst körperlich spüren wie das wäre, wenn da jetzt diese Frau sitzt, direkt neben Dir?

IP 25: Ja, genau. Ich bin nicht in dem Gefühl der Frau. Ich habe eher dieses Gefühl von: „Ich kriege das gerade mit wie meine Frau erschossen wird“.

JD: Und welches Gefühl kommt?

IP 25: Entsetzen und völlige Hilflosigkeit.

JD: Kommt mit diesem Bild noch ein Gedanke mit?

IP 25: So was wie: „Das darf doch nicht wahr sein“. Irgendwie „Nein!“, wie so ein Schrei.

JD: Du konntest jetzt diese Bilder ja sehr schnell und sehr genau wieder aufrufen. Sind die wie damals noch relativ prägnant und klar?

IP 25: Ja. Die sind noch sehr da, ja, Das hätte ich jetzt selber nicht gedacht.

JD: Wann kamen die Bilder denn damals?

IP 25: Ich weiß, dass ich diese Bilder sehr stark hatte in diesen Tagen, also während der Krisenintervention. Die ging zehn Tage ungefähr. ... Also wie gesagt, ich hatte, glaube ich, die Bilder mehr als er. Ich habe das mehr gefühlt, also zumindest vom Erstkontakt weiß ich, dass ich das sicher mehr durchlebt habe als er das tat. Also, dass ich da auch ungeschützt war als er.

JD: Kannst Du Dich noch erinnern in welchen Situationen die Bilder kamen?

IP 25: Im Arbeitsbereich auch sicher, weil wir ja im Team da durchaus drüber gesprochen haben. Ich weiß, dass ich im Arbeitsalltag aber durchaus auch umschalten konnte, also, ich konnte jetzt auch weiter, also arbeitsfähig. Aber ich weiß, dass ich auch zu Hause manchmal dann alleine damit war, also im Privatleben. Ich habe mir das auch sehr reingezogen, ich habe mir das auch in der Zeitung noch viel durchgelesen. Ich weiß auch noch, dass es immer wieder aktualisiert wurde, weil, ich ging zwei Monate später in die Sauna und dann lag da noch ein alter „Stern“ mit den Bildern drin. Das weiß ich auch noch, dass ich immer wieder dann daran erinnert wurde. Also in dem Sinne ging es auch im Privatleben weiter.

JD: Glaubst Du, Du hast da drüber nachgegrübelt und die bewusst abgerufen, oder war das eher, dass die sich aufgedrängt haben, wie von alleine?

IP 25: Ich würde eher sagen die haben sich aufgedrängt. Ich hatte auch Einschlafprobleme, weil da die Bilder kamen. Beim zur Ruhe kommen, wenn es keine Alltagsablenkung gab, ich alleine zu Hause saß. Also es war nicht so, dass

mich das ständig einholte, aber schon beim Alleinsein oder durch irgendeinen Hinweisreiz, dann kam das sehr schnell wieder, oder eben beim Einschlafen.

JD: Hast Du das damals als belastend empfunden, dass die Bilder kamen?

IP 25: Ich habe dieses Hilflosigkeitsgefühl als sehr belastend empfunden.

JD: Das mit den Bildern gekoppelt war?

IP 25: Ja. Dieses Ausgeliefertsein.

JD: Das war deutlich?

IP 25: Ja.

B2: Wiederkehrende belastende Träume

Laut DSM-IV kann sich dieses Symptom sowohl in Träumen niederschlagen, in denen das Trauma wiedererlebt wird, als auch in Träumen, die das Trauma nur thematisch repräsentieren. Sieben Befragte gaben an, unter Träumen dieser Art gelitten zu haben. Im Gegensatz zu den visuellen Intrusionen, die im Wachzustand auftauchten, gaben die interviewten Kolleginnen an, sich bei den Intrusionen in Form von Alpträumen mit dem Opfer identifiziert zu haben.

IP 4: Und ich habe es dann noch gemerkt in Form von Alpträumen. Das ich also genau die Belastungen geträumt habe, so als seien sie mir widerfahren. Das tauchte dann im Schlaf auf, auch zu meiner Überraschung, das war ein sehr klarer und deutlicher Traum, also wenig verschoben, aber es war mir auch gleich klar, wo der hingehört, also das schon. Ich habe das letztlich geträumt, als würde es mir widerfahren und das war furchtbar. Ich bin davon aufgewacht.

JD: Sie sind im Traum sozusagen in die Position der Klientin gegangen?

IP4: Ja, genau.

JD: Dieser Albtraum, den Sie da hatten, wo Sie selber in die Position der Klientin gekommen sind, haben Sie ja eben schon gesagt, der war deutlich...

IP4: Ja, sehr deutlich!

JD: War das wie ein Standbild von einer Situation oder war das eher wie ein Film, wie eine Sequenz?

IP4: Das war eher ein Film.

JD: Können Sie sich erinnern wie eindrücklich das war? War das ganz nah dran, wie im Traum, ich bin da mitten drin und es passiert mir jetzt tatsächlich?

IP4: Ja.

JD: Es war nicht wie ein Film angucken innerlich, nicht?

IP4: Nein, das war schon Drin-sein.

JD: War das nur ein bildhaftes Erleben oder konnten Sie in dem Traum auch was hören zum Beispiel?

IP4: Fühlen, ich konnte viel fühlen. Also, es war bildhaft und starke Schmerzgefühle, starke körperliche Schmerzgefühle.

JD: Geruch? Geschmack?

IP4: Nein, das war ausschließlich physiologisch, körperhaft. Das war auch, also das ging wirklich unter die Haut.

JD: Sie kennen ja wahrscheinlich die ganze Geschichte, die diese Klientin erzählt hat – dieser Teil, der jetzt im Albtraum wieder auftauchte – war der sehr fragmentiert oder war das schon sehr eingebettet in einen Ablauf den Sie kennen?

IP4: Nein, das war fragmentiert. Relativ früh, das hat Sie mir relativ früh einfach so erzählt schon. Im Anamnesegespräch. Und auch sehr abgespalten erzählt. Also, sie hat sehr abgespalten erzählt und auch gezeigt, also Verwundungen am Körper. Und letztlich sind mir diese Verwundungen am Körper, die sie so abgespalten berichtet hat, also, wie die zustande gekommen sind, also, das habe ich dann geträumt. Aber sozusagen mit dem Spektrum an Gefühlen, die sie selbst gar nicht artikuliert hat oder die auch nicht spürbar wurden. Aber mir wurden sie dann im Traum sehr sehr spürbar.

JD: Können Sie die grob benennen, welche Gefühle das waren?

IP4: Es war körperlicher Schmerz, unerträglicher körperlicher Schmerz, über den ich dann auch aufgewacht bin. Ein maßloses, wirklich maßloses Entsetzten. Ein Gefühl absoluter Hilflosigkeit und Einsamkeit. Ja, und so etwas wie „es ist nicht zu ertragen“ also, es muss, also, ich hab das Ende durch das Aufwachen gesetzt, aber es nicht aushaltbar. Ja, das Gefühl „man möchte aus dem Körper springen“ war nicht, im Körper gar nicht aushaltbar. Und das habe ich genau gespürt, also, eigentlich dieses Körperliche und dass das nicht aushaltbar ist.

Einige Kolleginnen berichteten zudem von Vermischungen mit den eigenen Vortraumatisierungen:

JD: Würden Sie sagen das waren von der Qualität her Alpträume?

IP9: Ja, von der Qualität Horror, Alpträume, diese Richtung, also, wo ein dramatisches Thema mit einer Ohnmachtposition des, meistens war ich in kindlichen Rollen, des Kindes einhergeht. Und es ging immer ums Überleben, ums Davonkommen, sich Rechtfertigen, was also einen erheblichen psychischen Druck ausübte.

JD: Würden Sie denn sagen, das war ausgelöst durch etwas, was Sie in der Therapie gehört haben? Stellen Sie da eine Verbindung her?

IP9: Ja. Also solche Alpträume kenne ich von früher auch. Aber sie sind nochmal verstärkt, nochmal ausgelöst und noch aufgepfropft worden durch diese neuen Beispiele.

JD: Das, was Sie bildhaft gesehen haben in den Szenen, habe ich das recht verstanden, dass Sie da selber mit drin waren als Opfer...

IP9:...Ja.

JD: ...Waren das denn Abläufe, die Sie in den Traumgeschichten von Anderen gehört haben, oder waren das eigene Erlebnisse, die da wiederkamen?

IP9: In den Träumen war das eher so, da wurden es immer eher die eigenen Geschichten. Da war das dann eine Vermischung zwischen einer Reaktivierung der alten Erlebnisse, die sich dann noch mit anderen Personen ergänzt haben, die es damals nicht gab, die aber dasselbe böse Treiben gemacht haben. Und im Wachen war ich mir immer eher klar, dass es fremde Geschichten sind. Also die schlimmere Vermischung war im Nachtraum.

JD: Wenn Sie sagen mit fremden Personen, das waren dann Personen, die von Klienten...

IP9: Die ich aus der Therapie als Geschichte übernommen habe.

JD: Als wie belastend haben Sie diese Intrusionen erlebt?

IP9: Ja, damals war das ziemlich belastend. Es gab eine Zeit, bis eine bestimmte Ausbildung angelaufen ist und die Selbsterfahrung, da fand ich das ziemlich schlimm, und wollte erst mal von Traumapatienten nichts mehr wissen, weil das einfach zu viel war.

IP 16: Ich hatte viele Alpträume. Ich bin schon immer ein Mensch, der sehr viel schläft, und da hatte ich dann noch mehr geschlafen als sonst – so zwölf Stunden am Stück, wenn es irgendwie ging – und dann habe ich halt viel geträumt. Nicht immer nur von der Klientin, aber von Angst, von Verfolgung.

JD: Und sind Sie dann davon aufgewacht?

IP 16: Manchmal aufgewacht, aber vor allem dieses Nicht-erholt-sein nach dem Schlaf.

JD: Können Sie noch erinnern, was Sie da geträumt haben?

IP 16: Na, vor allem wo ich mich in die Ecke gedrängt gefühlt habe, klein und hilflos, und ich bin halt auch so an Themen von mir früher rangekommen.

JD: Und in den Träumen waren Sie selbst mit in der Situation drin, oder haben Sie das angesehen, was da passiert?

IP 16: Nein, da war ich selber drin.

JD: Haben Sie da Dinge geträumt, die die Klientin erzählt hat?

IP 16: Also nicht, dass ich jetzt direkt die Traumainhalte von ihr geträumt hätte, das nicht. Aber schon dieses – das war auf rituellem Hintergrund – und dieses, man kommt da nicht raus, und jeder könnte irgendwer sein, der sich plötzlich entpuppt und so verändert...also dieses, dass man jemandem vertraut und plötzlich was ganz anderes ist...

JD: Haben sich da die Dinge, die Sie persönlich erlebt haben, mit dem was die Klientin erzählt hat...

IP 16: Ja, mit meinen Sachen verknüpft, das schon.

JD: Können Sie sich erinnern, ob Sie dann von den Träumen aufgewacht sind?

IP 16: Ich kann mich erinnern, dass ich mit Tränen in den Augen aufgewacht bin, wenn man so hochschreckt und im ersten Moment nicht weiß wo man ist, und totale Angst und Panik und sich nicht traut, sich zu rühren oder vielleicht Licht anzumachen.

B3: Fühlen oder Verhalten als ob das Trauma wiederkehrt (inklusive Illusionen, Halluzinationen und dissoziativen Flashbacks)

Diese Form von Intrusion umfasst dissoziative Zustände, in denen Teile des Traumas so wiedererlebt werden, als würde dies aktuell geschehen. Die Zuordnung von Ort und Zeit ist den Betroffenen in diesen Momenten nicht möglich, und sie agieren dem scheinbar aktuell stattfindenden Trauma entsprechend. Dieses Kriterium umfasst explizit auch Illusionen und Halluzinationen, so sie einen Teil des erlebten Traumas abbilden.

Hier wären möglicherweise alle paranoiden, parapsychotischen Tendenzen unterzubringen, die aber mit einem reinen Nacherleben nicht umfassend

beschrieben sind. Diese sollen deswegen später gesondert betrachtet werden.

B4: Intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreize

Diese Symptomkategorie stellt die weiteste Definition von Intrusion dar. Sie beschreibt Belastungsreaktionen in Reaktion auf Reize, die Teile des Traumas symbolisieren oder Reizen ähneln, die während des Traumas wahrgenommen wurden. Die Reaktion kann auf externe oder aber auch interne Reize, wie z.B. Gefühle und Gedanken hin erfolgen. Diese Form von Intrusion wurde von acht Therapeutinnen berichtet:

IP 13: Das fiel mir jetzt auch gerade ein, weil da auch ja ganz konkrete Szenen, die ich einfach sehr brutal fand, dass ich dann auch bei der eigenen Körperpflege dann manchmal merkte, das erlebt und also, dass ich dann so plötzlich bei bestimmten Körperteilen merkte „Oh das ist jetzt ganz unangenehm“.

JD: Das war, weil das eng gekoppelt war?

IP 13: Ja, weil dann sofort diese Erinnerungen kamen. Ja, ja.

IP 16: Mit Orten nicht....mit Dingen, na ja, also wenn sie dann erzählt hat was Täter oder Innenpersonen mit Haustieren angestellt haben, da muss ich schon immer mal dran denken. Also nicht, dass ich da Bilder hätte oder so einen Impuls in die Richtung, aber so, dass da immer wieder so Gedanken – also was könnte man z.B. mit einem Zwergkaninchen anstellen.

JD: Und dieser Gedanke, kam der unwillkürlich?

IP 16: Der kommt auch immer noch, wenn ich z.B. dran denke wie bei ihr die Haustiere dagelegen haben. Und dann denke ich, das ist so krank, dass das jemand anstellt mit so Tieren – dass das eben so eine Angstreaktion gibt. Dass es so was überhaupt gibt, finde ich erschreckend.

JD: Und das ist ein Darüber-nachdenken oder drängt sich das auf?

IP 16: Ja, vor allem, wenn ich mit denen beschäftigt bin, dass dann wirklich so was wie reinschießt.

IP 24: Aber es war auch so, dass Gegenstände aus ihrer Traumasituation bei mir eine ähnliche Assoziation bewirkten, also z.B. XXX – plötzlich habe ich XXX damit in

Zusammenhang gebracht, mit den Bildern. Nicht nur, das hat mit Frau T. zu tun, sondern das ist in der Situation so und so gebraucht worden. Also, das hat einen anderen Bedeutungszusammenhang gekriegt.

JD: Wenn du XXX dann begegnet bist in deinem privaten Umfeld, ist das dann auch mit einer psychischen Belastung einhergegangen, daran so erinnert zu werden?

IP 24: Eher mit einer Bestätigung, nicht abschalten zu können. Also, es hat mich nicht belastet XXX zu sehen, aber es hat mich wieder auf Arbeit schalten lassen und mich damit gestört in meiner Freizeit, mir Entspannung genommen. Dass ich wieder auf Arbeit schaltete und die Bilder wieder vor Augen hatte. Und das war immer mit sehr viel Entsetzen und Mitgefühl für die Patientin verbunden. Das ist schwer auseinander zu halten.

B5: Physiologische Reaktion auf internale oder externale Hinweisreize

Die Auslöser dieses Symptoms sind dieselben wie bei B4, also Reize, die Teile des Traumas symbolisieren oder Reizen ähneln, die während des Traumas wahrgenommen wurden. Die Reaktion der betroffenen Person ist jedoch vorwiegend durch eine starke physiologische Reaktion geprägt. Neun der befragten Therapeutinnen berichteten von dieser Art von Intrusion:

JD: Waren diese Vorstellungen dann auch von physiologischer Erregung begleitet?

IP 16: Ja.

JD: Wie sah das aus?

IP 16: So wie jetzt: Schwitzen, Angst...

JD: Das ist jetzt wieder da, wo wir darüber reden?

IP 16: Ja.

JD: War das auch so, wenn Sie an die Klientin gedacht haben?

IP 16: Ja. Na, die war mittlerweile noch mal hier. Da war das auch wieder so. Also nicht, dass ich mich so verfolgt gefühlt habe, aber im Beisein der Klientin, dass ich mich nicht mehr frei...na, dass ich immer Angst hatte, was passiert da als nächstes, dass ich immer in totaler Anspannung hier saß, innerlich gezittert habe und schwitzige Hände hatte.

JD: Wenn Sie versuchen sich zurückzuerinnern an so einen Moment, in dem die Empfindungen sich plötzlich wieder aufdrängten, plötzlich wieder da waren – würden

Sie sagen, die waren auch begleitet von einer Veränderung ihres physiologischen Zustandes? Haben Sie das auch körperlich gemerkt?

IP4: Ja.

JD: Wie hat sich das geäußert?

IP4: Starke Anspannung, Körperanspannung, dass der ganze Muskelapparat so auf Hab-Acht-Stellung getuned ist. Und das habe ich als sehr beschränkend wahrgenommen, oder als sehr reduziert.

JD: Also, es war schon sehr eindrücklich und es ging eher physiologisch in Richtung Alarm?

IP4: Ja, Alarm, und die Haut ganz glatt und straff halten, Muskeln anspannen, und so, ja. Eigentlich wie eine Angstsituation. Völlig alarmiert zu sein, aufzupassen.

4.2.1.4 Quantitative Analyse der PTSD-ähnlichen Symptomatik

Das DSM-IV gibt für die Diagnose der PTSD Kriterien vor, die sich auf die Ausprägung der einzelnen Symptomcluster beziehen. Es müssen demnach mindestens ein Intrusionssymptom, drei Vermeidungssymptome und zwei Hyperarousalsymptome vorliegen, damit eine PTSD-Diagnose gestellt werden darf. Diese Kriterien sind mittlerweile vielfach kritisiert worden, weil sie der Vermeidungssymptomatik einen sehr großen Stellenwert zuordnen. Dieser große Stellenwert wird jedoch in Frage gestellt, da die Vermeidungssymptomatik als sekundäre Symptomatik eingestuft wird: Die primär auftretenden Intrusionssymptome werden als so belastend erlebt, dass die Betroffenen bewusst versuchen, Auslöser dieser unwillkürlichen Erinnerungen zu vermeiden. Zum anderen wird kritisiert, dass es Klientengruppen gibt, die die Auslöser der Intrusionen nicht identifizieren und dementsprechend auch nicht bewusst vermeiden können. Bei dieser Klientengruppe ist jedoch eher von höheren Belastungswerten auszugehen, da die Unkontrollierbarkeit des Intrusionserlebens einen weiteren Stressor darstellt. Diese Kritik trifft sicherlich auf die Vermeidungssymptome C1 und C2 zu, die das bewusste Vermeiden von externalen und internalen Hinweisreizen beschreiben. Amnesie, Entfremdungsgefühle, Interessenverlust und emotionale Taubheit lassen sich damit jedoch nicht erklären.

Einige Studien konnten jedoch zeigen, dass auch eine *subklinische PTSD*, bei der die Konditionen für das Vermeidungscluster nicht erfüllt werden, mit sehr hohen Belastungswerten bei den Betroffenen einhergeht (Schützwohl & Maercker, 1999; Wessa, Karl, & Flor, 2005; Zlotnick, Franklin, & Zimmermann, 2002). Es ist also in der Tat fraglich, ob der Krankheitswert erst bei deutlichem Vermeidungsverhalten erreicht wird.

Im Folgenden sollen die erhobenen Daten quantitativ ausgewertet und mit den DSM-IV-Kriterien verglichen werden. Da das A1-Kriterium, welches die direkte Konfrontation mit einem bedrohlichen Ereignis beschreibt, bei Sekundärer Traumatisierung per se nie erfüllt ist wird von der Diagnosestellung hier abgesehen. Die Zahlen liefern jedoch einen Hinweis darauf, dass sich in der Tat bei einer bedeutsamen Anzahl Betroffener die Sekundäre Traumatisierung - zumindest auch - in Symptomen äußert, die parallel zur PTSD beschrieben werden können.

Wendet man die DSM-IV-Diagnosekriterien für PTSD auf die interviewten Personen an, so zeigt sich, dass 3 der 21 Befragten eine für die Diagnose ausreichende Anzahl von Symptomen aufweisen⁶. Zusätzlich gibt es eine Person, die zwar ausreichend viele Vermeidungs- und Intrusionssymptome, jedoch nur ein Hyperarousalsymptom berichtete.

Verzichtet man auf die Erfüllung des Vermeidungskriteriums und erhebt *subklinische PTSD*, so zeigt sich, dass 10 der 21 Befragten dieser Diagnose zugeordnet werden könnten.

Betrachtet man die Symptome hinsichtlich der Auftretenshäufigkeit in der interviewten Stichprobe, so zeigt sich, dass Intrusionen im Wachzustand (B1) mit 18 Nennungen das mit Abstand am häufigsten berichtete Intrusionssymptom ist, gefolgt von körperlichen (B5, 9 Nennungen) und emotionalen (B4, 8 Nennungen) Reaktionen auf Hinweisreize und belastenden Träumen (B2, 7 Nennungen)

⁶ Zu beachten ist, dass die weiter unten beschriebene Symptomatik von Bedrohungsgefühlen auch dann nicht als B3-Kriterium gewertet wurde, wenn diese zu Illusionen führte, da der Wiedererlebenscharakter hier zu diskutieren ist. Keine der Befragten hätte jedoch unter Einbeziehung dieser Symptome zusätzlich eine PTSD-Diagnose erhalten.

Bei den Vermeidungssymptomen wurden vermindertes Interesse (C4) und Entfremdung (C5) gleichhäufig genannt (8 Nennungen), gefolgt von Veränderungen des Affekts (C6, 7 Nennungen) und der bewussten Vermeidung von externalen Hinweisreizen (C2, 5 Nennungen).

Schlafstörungen (D1) stellten mit 18 Nennungen das häufigste Hyperarousalsymptom dar, aber auch Hypervigilanz (D4) kann mit 11 Nennungen als häufig eingeschätzt werden. Reizbarkeit und Wutausbrüche (D2, 8 Nennungen), Konzentrationsschwierigkeiten (D3, 7 Nennungen) und gesteigerte Schreckhaftigkeit (D5, 6 Nennungen) traten deutlich seltener auf. Die Symptome C1 (bewusstes Vermeiden von Gedanken an das Trauma), C3 (Amnesie bezogen auf das Trauma) und C7 (Gefühl der eingeschränkten Zukunft) wurden in den gesamten Interviews nicht genannt.

4.2.2 Symptome depressiver Verarbeitung

Im Folgenden sollen Interviewzitate zu drei Symptomen depressiver Verarbeitung dargestellt werden, die in den Interviews benannt wurden: *Hoffnungslosigkeit*, *Energiemangel* und *Suizidalität*.

Niedergeschlagene Stimmung und Hoffnungslosigkeit

IP 2: Und dass ich wirklich so eine Schwere, so ein Druckgefühl hatte und auch irgendwie so eine Fassungslosigkeit, und auch eine Trauer, einfach so eine tiefe mitempfundene Trauer, dass es halt solche Sachen gibt.

IP 6: Ich krieg dann so was von Hoffnungslosigkeit. Also, warum mach ich das alles. Und: das bringt doch alles nichts und das ändert nichts. Und... ja so diese Hoffnungslosigkeit.

IP 8: Wenn man denkt, was machst du eigentlich für Blödsinn, oder das bringt doch alles nichts, also, auch solche Gedanken spielen dann eine Rolle. Auch so abwertende Gedanken oder so entwertende Gedanken.

Müdigkeit und Energiemangel

Im Rahmen einer Studie zu Sekundärer Traumatisierung ist bei dem Symptom Energiemangel auch an eine Symptomüberlappung mit dem Burnout zu denken, welches v.a. durch anhaltende Erschöpfung gekennzeichnet ist und wesentlich durch Frustration mit der Arbeitssituation bedingt ist. Bei den interviewten Kolleginnen, die deutliche Belastungsausmaße in Form von Erschöpfung und Energiemangel zeigten, wurde eine mögliche Burnout-Diagnose geprüft. Nur eine Kollegin wurde aus diesem Grund aus der Studie ausgeschlossen. Bei den folgenden Zitaten handelt es sich also um Kolleginnen, die über starke Erschöpfung außerhalb eines Burnout berichteten:

IP 14: Ich hatte erstmalig keine Lust mehr mit denen zu arbeiten. Also, ich habe immer total gerne gearbeitet und fand das schön. Ich habe mich auf die Stunden gefreut, ich hatte das Gefühl, wir können zusammen was bewirken, es gibt Veränderung und ich habe wirklich mit Leidenschaft gearbeitet. Und dann...das war vorbei! Also, ich habe morgens gedacht „Nein, ich will nicht arbeiten – ich will in Rente – ich will alles andere, aber ich will nicht arbeiten“. Und dann merkte ich auch, dass ich nicht mehr Mitgefühl hatte. Also, wenn die Patientinnen mir was erzählt haben, oder wenn es um Traumabearbeitung ging, also ich habe schon eine hohe Professionalität entwickelt gehabt im Laufe der Zeit, aber ich hatte immer auch noch Mitgefühl. Und dieses Mitgefühl war sehr reduziert, und bei manchen Patienten hatte ich das gar nicht mehr, es ging mir auf den Nerv. Ich konnte es nicht mehr hören, ich konnte es einfach nicht mehr hören. Und ich war nicht mehr geduldig, ich war nicht mehr fürsorglich, also ich habe gemerkt, das ist alles nicht mehr so wie es mal war. Dass ich dachte, das ist wie ein Job und ich fand mich kühl. Weil, ich hatte keine Energie mehr dafür. Ich hatte das Gefühl, ich brauche Zeit für mich, ich brauche Ruhe, ich will nicht mehr die ganzen belastenden Sachen hören...also zum ersten Mal habe ich an Rente gedacht.

IP21: Keine Lust mehr haben auf nichts. Wenig Freunde besuchen, Verabredungen waren nicht mehr entspannend, die waren genauso anstrengend wie die Arbeit. Also Entspannung war nicht mehr möglich in irgendeiner Form, alles war anstrengend.... Ich konnte nicht mehr, ich war so erschöpft, ich konnte auch nicht mehr arbeiten, konnte mich nicht mehr konzentrieren, nichts ging mehr.

JD: Ging das auch in so eine Richtung von Depressivität, Suizidalität?

IP 21: Suizidalität nicht, aber Depressivität, keine Energie, nicht mehr in die Bewegung kommen.

Suizidalität

Drei der befragten Therapeutinnen gaben an Suizidgedanken bzw. auch Suizidpläne gehabt zu haben:

JD: Sie haben eben gesagt, da war ich selber in Lebensgefahr. Meinten Sie das im übertragenen Sinne oder ganz real?

IP7: Ne, das meinte ich schon ganz real. Ich wusste einfach nicht mehr weiter und habe mich damit befasst, wie ich mich am schnellsten um die Ecke bringen könnte. Ich war einfach am Ende. Und da war ich wirklich auch in Lebensgefahr, das muss ich wirklich so sagen, ich wusste nicht mehr weiter.

IP14: Aber ich habe gemerkt, ich kann so nicht mehr weiterarbeiten. Also, ich wurde zunehmend depressiver.

JD: Das würden Sie auch so benennen?

IP 14: Ja, depressiver.

JD: Energieloser, hoffnungsloser?

IP 14: Hoffnungsloser schon. Also, nicht was die Arbeit anbelangt. ...Und nicht was die Arbeit anbelangt, dass ich hoffnungsloser wurde, aber für mich selber und für mein Leben. Also, ich merkte das geht nicht mehr so. Ja, und da fand ich wurde ich richtig depressiv.

JD: Das würden Sie auch so benennen?

IP 14: Ja, depressiver. Und ich weiß, wenn das so weitergegangen wäre, dann wäre ich auch suizidal geworden. ...Danach war ich einfach offen, erschöpft, wenig belastbar. Und wenn ich dann nicht deutlich reduziert hätte, dann wäre ich suizidal geworden.

4.2.3 Suchtverhalten

Die Abhängigkeitserkrankungen werden in der Literatur oft als Selbstmedikation beschrieben, die das Ziel haben die Hyperarousal-Symptomatik zu regulieren. Auch einige der interviewten Therapeutinnen beschrieben ein dementsprechendes Verhalten:

IP4: Umgang mit Alkohol. Und das kann ich sagen, wenn ich heftig belastende Situationen gehört habe, dass ich es kenne von mir, einen Beruhigungsschluck zu nehmen. Und das habe ich im Auge, das fällt mir auf, trotzdem gibt es das manchmal. Dann denke ich: „Ah ja, das ist jetzt kein Gläschen zum Genuss, weil mir gerade das Essen so gut schmeckt, sondern ich will abschalten, etwas ist zu weit gegangen“. Man könnte jetzt auch andere Mittel einsetzen, aber es gibt manchmal einfach das Bedürfnis, mich so ein Stück betrunken zu fühlen.

IP 13: Mit Medikamenten. Ich habe mir ab und zu mal einen Tranquilizer gegönnt wenn ich merkte, du kommst sonst gar nicht zur Ruhe. Aber auch nur in so sehr kontrollierter Dosierung.

JD: War das hilfreich?

IP 13: Das war hilfreich, ja. Ein bisschen Besorgnis war da, ich dachte „Na jetzt musst du aber aufpassen, wenn das jetzt schon das Mittel der Regulation ist“, aber ...

IP 23: Also mit Alkohol so, dass ich versucht habe, abends immer Wein zu trinken, damit ich wenigstens einschlafen kann. Also, das wurde einfach regelmäßiger, ja, also so richtig „Ich trinke jetzt noch ein Glas Rotwein, dann kann ich besser einschlafen“.

4.2.4 Parapsychotisches Bedrohungserleben

Wie oben bereits angemerkt, beschrieben einige Kolleginnen ein ausgeprägtes Bedrohungsgefühl. Dieses wurde als deutliche Veränderung des individuellen Sicherheitsempfindens charakterisiert. Wurde ein solches Bedrohungsgefühl im Interview genannt, so wurde die Prävalenz von arbeitsbedingten, primären Traumatisierungen als Auslöser erörtert. Keine der befragten Personen hat einen Übergriff durch Täter erlebt. Einige Kolleginnen beschrieben jedoch Hinweisreize auf eine mögliche Überwachung, z.B. Autos mit entsprechenden Kennzeichen, die häufig an der Privatadresse der Therapeutin gesehen wurden. Da tatsächlich nicht in allen Fällen einschätzbar ist, inwieweit eine solche Bedrohung (insbesondere durch Täter aus dem Bereich des rituellen Missbrauchs) gegeben war, kann nicht letztendlich bewertet werden, ob die Bedrohungsgefühle

realitätsangemessen waren. Sicherlich stellen sie jedoch eine deutliche Belastung dar, die oft mit Einschränkungen des normalen Lebensvollzugs einherging.

Sicherheitsverhalten

Das Bedrohungserleben führte in einigen Fällen zu Sicherheitsverhalten, das über das individuelle Maß vor der Belastungsphase hinausging. Dies wurde unter diesem Schlagwort kodiert, so es nicht eine eindeutige Vermeidung trauma-assoziiertes Stimuli darstellte, wie sie oben als C2-Kriterium der PTSD beschrieben wurden.

IP 16: Am meisten ist mir das aufgefallen, weil ich mich verfolgt gefühlt habe. Das war in einer Zeit, wo ich mit einer DIS-Patientin ziemlich Ärger hatte, und ich dann immer gedacht habe, wenn ich nach Hause gefahren bin, dass ich dasselbe Auto hinter mir gesehen habe. Wo ich bis heute nicht weiß, ob das real war oder ob ich mir das eingebildet habe. Also dieses, ich könnte in Gefahr sein. Also mir war schon immer klar, dass mir nichts passiert, aber... eher so wie, du musst gucken, dass dir niemand hinterherfährt, du musst gucken, dass du die Wohnung abschließt, die Fenster zumachst...und so halt so Sicherheitsverhalten – Wohnung abgeschlossen, meine Adresse geheimgehalten und alles.

IP 23: Ich hatte Angst, dass die was an meinem Auto manipulieren. Das war das was ich mir vorstellen konnte. Aber ich wusste dann, wo ich irgendwie gucken muss wegen dem Bremskabel und solche Sachen, aber mehr konnte ich dann eben auch nicht machen als einfach, dass ich ums Auto rumgelaufen bin und kurz mal drunter geguckt habe.

JD: Und dass du das Bremskabel angeguckt hast, kam das öfter vor?

IP 23: Ja, eine zeitlang. Einfach die Bremse auszutesten, einfach zu hören und zu fühlen ist da was komisch die ersten Meter. Und wenn es dann gut war, war das auch weg.

JD: Gab es in anderen Lebensbereichen noch Vorsichtsmaßnahmen, die du ergriffen hast?

IP 23: Na, dass ich einfach viel mehr geguckt habe wer mir folgt. Und gut, das kam in dieser Zeit auch wenig vor, dass ich abends alleine nach Hause kam. Aber wenn, dann habe ich mich begleiten lassen, was ich früher nie, nie gemacht habe. Also, ich hatte eindeutig mehr Angst in einsamen Gegenden oder wenn es dunkel wurde.

Parapsychotische Bedrohungsgefühle

Die hier aufgeführten Symptome befinden sich in einem diagnostischen Graubereich: Das Leitsymptom ist ein intensives Bedrohungsgefühl, das z.T. mit bildhaften Vorstellungen von Übergriffen einhergeht. Von der Qualität und der geringen Kontrollierbarkeit her erinnern diese Symptome an Wahngedanken und Paranoia, weshalb sie hier mit dem Begriff „parapsychotisch“ charakterisiert werden. Der anderweitig adäquate Realitätbezug grenzt sie jedoch von psychotischen Phänomenen ab. Zwar lässt auch die PTSD-Diagnose zu Illusionen und sogar Halluzinationen verorten, diese müssen jedoch zu dem erlebten Trauma in Beziehung stehen in dem sie eine Art des Wiedererlebens darstellen. Dies ist in Bezug auf die Sekundäre Traumatisierung jedoch nicht eindeutig gegeben. Das erste Zitat zeigt, dass sich das Bedrohungserleben z.T. schon in intrusiver, bildhafter Form manifestierte. Diese Angaben alleine hätte man möglicherweise als Intrusionssymptom B3 klassifizieren können:

IP7: Ich habe mich in meinem Alltag bedroht und verfolgt gefühlt. Ich konnte z.B. meinen Hund nicht mehr im Auto lassen, wenn ich ins Museum gegangen bin. Und wenn ich das trotzdem mal gemacht habe, ich weiß, das habe ich mal gemacht, und als ich die Bilder mir angeguckt habe im Museum schoben sich da immer Bilder dazwischen von meinem Hund, der ja im Auto war, und ich komme zurück an mein Auto und der Hund ist geschlachtet und alles ist voller Blut in meinem Auto.

JD: ...Sie sagten, das war wie ein Bild, was sich so davor geschoben hat...können Sie mir das noch beschreiben? Das war schon richtig visuell?

IP7: Ja, das war visuell, die Vorstellung wie ich sie ja kenne aus meiner Ausbildung, wenn Satanisten Hühner schlachten, Schlachten von Menschen oder Tieren in ritueller Weise, das habe ich praktisch ja vermischt und auf meinen Hund bezogen, und das, da habe ich schon richtig dissoziiert, ich habe das gesehen förmlich, und obwohl ich gleichzeitig mir rational gesagt habe: „Das ist jetzt Unsinn, das passiert nicht, es spricht nichts dafür, dass es passieren könnte“.

JD: Also Sie haben rational gewusst, das ist jetzt nicht das Wirkliche, aber das fühlte sich schon relativ real an?

IP7: Ja, ja.

JD: Kam das relativ unwillkürlich?

IP7: Ja, total, das drängte sich auf, wie so ein Flash-back.

JD: Haben Sie da vorher an etwas aus einer bestimmten Therapie gedacht, oder waren Sie eigentlich im Museum und das kam plötzlich?

IP7: Das kam plötzlich. Das hing nicht mit einer bestimmten Therapie zusammen, dieses Bild.

Dieselbe Kollegin berichtete jedoch über Ausweitungen des Bedrohungserlebens, die so sicherlich nicht mehr durch das B3-Kriterium der PTSD umfassend beschrieben sind:

JD: Bedrohungsgefühle in spezifischen Situationen, haben Sie vorhin gesagt. Da kamen Gedanken, da könnten...?

IP7: Also, ich habe gerade wieder so ein Bild vor Augen, wo Sie das sagen. Das war sonntags, ungefähr so achtzehn, neunzehn Uhr. Es dämmerte, es war warm und gar nicht dunkel. Einfach nur die Leute waren schon zu Hause, sonntags vom Spaziergang, und wir waren noch unterwegs, mein Hund und ich. Das war unten an XXX und da sind so etwas übermannshohe Büsche, Knöterich, ganz dicht ist das ja so. Und ich hatte plötzlich die Vision, da sitzt jemand drin und wartet nur ab bis ich da komme, um mir einen über die Rübe zu hauen, oder doch noch meinen Hund abzufangen. Um den hatte ich sowieso immer Angst, den konnte ich jahrelang noch nicht mal in Pension geben, weil ich immer dachte, ich krieg dann ein Photo zugeschickt oder ein Video, wie mein Hund geschlachtet wird. Und dann habe ich auch geguckt, wo der ist. Aber ich sehe immer noch so diese Knöterichbüsche, und dann habe ich geguckt, dass ich auf den Weg kam. Also, ich gehe immer gerne die einsameren Wege und das konnte ich dann eine Zeit gar nicht.

JD: Sie haben eben gesagt und dann hatte ich so ein Bild wie das sitzt einer im Gebüsch...war das wirklich ein Bild, war das wieder visuell oder war das eher ein Gedanke?

IP7: Das war, ne, das war eher ein Gedanke, aber das war so ein Gedanke wie so eine Gewissheit, ich weiß, da ist jemand und wartet nur darauf mir was antun zu können, also dass die Luft rein ist dazu...das Andere war ein Bild, aber dies war mehr so eine Gewissheit, so ein Gedanke.

JD: Und würden Sie da auch wieder sagen, dass sich das sehr aufgedrängt hat? War das schwer zu kontrollieren?

IP7: Das war auch gar nicht zu kontrollieren. Ich bin dann dem gefolgt und habe den Weg verlassen, und dann war es auch gut. Also, ich bin dann schnell zum Auto

gelaufen, also gegangen rascher. Aber das war auch so ein Schock, so ein Flash-back.

JD: In dem Moment, wo Sie da langgehen, war das da auch wie mit dem Bild, dass das sehr real war, und gleichzeitig wussten Sie, dass Sie das nur denken?

IP7: Ja, das war wie so eine geteilte Wirklichkeit. Wobei das ja dann so wie hin- und her oszilliert. Also, einerseits weiß ich, dass das sicher Quatsch ist, und gleichzeitig denke ich aber auch es kann trotzdem sein. So wie man auch normal überfallen werden kann, außerhalb dieser Traumatasachen...kann da jemand im Busch sitzen oder auch nicht. Das war beides so parallel und dadurch auch nicht so kontrollierbar, ich bin so richtig hin- und hergeswitched...

JD: Wäre das richtig wenn ich das zusammenfasse: Sie haben versucht, das zu kontrollieren mit so ganz rationalen Gedanken, aber das ist Ihnen nicht immer gelungen?

IP7: Ja, das ganz genau, das ist immer wieder zurück in das Bedrohungserleben gegangen.

Bei anderen Kolleginnen handelte es sich um noch unspezifischeres Bedrohungserleben:

IP9: Da dachte ich, das wird jetzt immer kränker, wenn man sich da reinsteigert. Wachsamere gucken, aber eben negativ. Ein bisschen misstrauischer sein nach außen. Dass man alles Mögliche vermutet, was da sein könnte. Und dass zusammenhangslose Informationen plötzlich Bedeutung kriegen, einen leichten Dreher reinkriegen. Und das ist so eine Kurbel, die man dann ...also entweder ist man dann nicht mehr arbeitsfähig und steigert sich in alles rein, oder man grenzt sich besser ab.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass zwar einige Therapeutinnen inhaltliche Details beschrieben, die mit dem Trauma der behandelten Klientin in Zusammenhang stehen. Andere beschrieben jedoch eine Adaptation der phantasierten Bedrohung an die eigene Lebenssituation oder eine generell veränderte und eingefärbte Wahrnehmung. Der verbindende Faktor scheint hier eine Übertragung des von den primären Traumaopfern erlebten Bedrohungsgefühls zu sein.

4.2.5 Psychosomatische Symptome

Die meisten der in den Interviews berichteten psychosomatischen Symptome lassen sich vermutlich auf das erlebte Hyperarousal zurückführen.

IP1: Damals war mir auch z.B. öfters übel, wo ich dachte: „Holla, jetzt muss ich aber echt aufpassen“.

IP 13: Ja also, ich hatte an manchen Stellen verstärkt Migräne. Ich hatte eine chronische Anspannung, sehr viele Kopfschmerzen, also extreme Kopfschmerzen und das ist, was ich am meisten gemerkt habe. Was die Patientin übrigens auch hat.

IP 16: Ich habe ja dann auch ständig Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, eine Anspannung, eine innere Unruhe. Was mich mehr gestört hat war dieses hohe Schlafbedürfnis, also diese starke Erschöpfung.

Bei einigen Befragten gab es – möglicherweise daraus resultierend – eine Immunschwäche, so dass es zu häufigeren Infektionskrankheiten kam.

IP 19: Ja, ich war relativ oft krank, also, ob das nun daran liegt, ist schwer zu sagen. Ich war relativ grippeanfällig.

4.2.6 Auswirkungen auf die Sexualität

Die folgenden Zitate könnten auch als Vermeidungssymptom C6 der DSM-IV-Diagnose zugerechnet werden. Dieses stellt jedoch die Unfähigkeit, Gefühle von Intimität und Zärtlichkeit zu erleben, in den Mittelpunkt, die auf eine eingeschränkte Bandbreite des Affektes zurückzuführen ist. Die befragten Kolleginnen beschrieben jedoch nicht eine Veränderung ihrer Affektivität als Auslöser, sondern die Unfähigkeit zu entspannen oder intrusive Bilder, die inhaltlich mit dem Thema Sexualität verknüpft waren:

IP 14: Ich kenne das nur aus dem Anfang der Arbeit in Bezug auf Sexualität. Das ging zu Anfang nicht, da haben sich Bilder gemischt. Da hatte ich viel weniger Lust auf Sexualität.

JD: War da der Inhalt, von dem was erzählt wurde, auch sexualisiert, dass es da eine Parallele gab?

IP 14: Ja, da gab es dann die Bilder...ich konnte einfach nicht unbeschwert Sexualität leben, es gab nicht mehr viel Lust zur Sexualität.

JD: Du hast vorhin ja schon gesagt, dass Sexualität schwierig war in dieser Phase.

IP 23: Absolut! Null möglich!

JD: Kannst Du ein bisschen erklären warum? Hat das was mit dem Inhalt von dem zu tun, was Dir die Klientin an Foltermethoden erzählt hat?

IP 23: Ja, ich glaube hauptsächlich. Und auch, dass ich so das Gefühl hatte, also in dem Moment vielleicht nicht, aber im Nachhinein würde ich das so sehen, dass so eine Entspannung überhaupt nicht möglich war für mich. Es war, also weil in dem Moment, wo es irgendwie möglich gewesen wäre mich zu entspannen, oder wenn eine Entspannung angefangen hatte und es ging in Richtung Sexualität, kamen sofort Bilder, und dann war die Entspannung schon wieder weg. Also, das war so ein Teufelskreis. Und ich glaube auch so was wie nicht Freude haben dürfen.

JD: Im Angesicht von dem was da passierte?

IP23: Ja, das war auf jeden Fall am Anfang so. Dass ich das auch nicht mehr trennen konnte, dass Sexualität auch was Schönes sein kann. Sondern das war so besetzt, und das waren ja alles irgendwie sexualisierte Foltermethoden.

JD: War das ein sexualisiertes Gewaltverbrechen?

IP 24: Ja.

JD: Hat das Auswirkungen auf Deine eigene Sexualität gehabt?

IP 24: Definitiv. Wenn Intimität mit meinem Partner war, tauchten die Bilder auf und haben mich ziemlich abgetörnt. Und das war auch schwer rauszukriegen. Das hat insgesamt mein Interesse an Sexualität verringert zu der Zeit, und in Momenten wenn es dann da war, pfuschten die Bilder dazwischen. Das war sehr störend und sehr belastend.

JD: Kannst Du Dich erinnern wie lang das so war?

IP 24: Nicht durchgängig, würde ich sagen. Also, zu der ganz aktuellen Zeit, wo ich die Bänder mit ihr aufgenommen und angehört habe, da sicherlich durchgängig zwei bis drei Wochen, und aber immer mal wieder aufflammend, also zwei bis drei Monate hat das bestimmt Einfluss gehabt.

4.2.7 Entgrenzung

Einige Kolleginnen berichteten, von dem Thema *Trauma* im Allgemeinen oder der speziellen Traumatisierungsart einer behandelten Klientin so fasziniert gewesen zu sein, dass sich die Balance zwischen Arbeit und Erholung nicht mehr aufrechterhalten ließ. Dies äußerte sich in einer extremen Grübelneigung bezogen auf das Traumamaterial, in Beschäftigung mit themenbezogener Literatur und Gesprächen sowie einem übermäßigen Anspruch an die Professionalität der therapeutischen Arbeit:

IP10: Aber sobald Pause war, war ich mit den Beiden sozusagen beschäftigt. Auch Partnerschaft dann, sehr oft auch im Gespräch dann mit meinem Mann. Also bei der zweiten. Vorher war ich alleine, da habe ich dann sogar mit den Kindern darüber gesprochen. Und mit einer Bekannten. Also sehr viele Gespräche zu dem Thema, das Abschalten war schwierig.

JD: Wenn Sie sich zurückerinnern, würden Sie sagen die Gedanken haben sich aufgedrängt, oder war das eher eine Art Grübeln darüber?

IP10: Wie so ein Grübeln...was sie jetzt macht, ob das gut gehen wird.

Die folgenden Beschreibungen legen nahe, diese Entgrenzung als Zeichen einer Schemaakkomodation zu bewerten:

IP5: Aber es gab halt auch dadurch, dass ich das Gefühl hatte, mein ganzes Weltbild ist durcheinander geraten – gab es auch solche Grübelphasen.

JD: Dieses daran denken, war das eher sich aufdrängend oder eher wie grübeln?

IP14: Ich finde beides nicht richtig...sondern eine große Nachdenklichkeit, und Zeit, um es zu verdauen. Also es ging nicht, wenn ich den ganzen Tag mit solchen Belastungen gearbeitet habe, hatte ich keine Zeit, um es verdauen zu können, und dann ist das nachts gekommen. Dann lag ich nachts drei Stunden wach und habe das Revue passieren lassen um dann für mich das Gefühl zu haben, ich verdaue es. Dass es dann eine Zeit brauchte, damit ich damit wieder klarkommen konnte.

IP23: Ich glaube, ich habe gegrübelt. Es war einfach immer die Frage wie geht es weiter, was können wir noch tun....Nachdem quasi so dieses, diese ganzen Details und Praktiken und Foltergeschichten, das, was das Mädchen erlebt hat, und dieses

ganze, was um den Kult rum war, das war so am Anfang in den Nächten Thema. Und je mehr ich da durch war, wo ich so sage, ich bin einmal durch die Hölle und zurück, hat sich das dann auch verändert, über was ich nachts gegrübelt habe. Da waren das nicht mehr irgendwelche Folterpraktiken, sondern dann war das eben so was wie: Was können wir noch tun? Können wir uns vernetzen? Gibt es Vernetzung? Was machen wir mit den Informationen, die wir haben? Das hat sich schon verändert.

Bei einigen Personen nahm die Entgrenzung stärkere Ausmaße an und äußerte sich z.B. in der Vermeidung von notwendigen Pausen:

IP21: ...und das Schwierigste war dieses Loslassen. Das finde ich wahnsinnig, einfach so festbeißen, so nicht reflektieren, die Arbeit, weiß ich, ist nicht mehr gesund, nicht für mich, nicht für meine Klienten, aber ich konnte es einfach nicht loslassen, schrecklich.

Einige Kolleginnen beschrieben auch eine innere Entgrenzung, die mit einem überzogenen Anspruch an die Professionalität der therapeutischen Arbeit einherging:

IP13: Ich denke, es hatte auch etwas Depressives, es hatte auch etwas Depressives in dem Sinne, dass vielleicht auch ein übermäßiges sich verantwortlich Fühlen für diese Patientin, was ein Stück vielleicht eigene Pathologie ist.

IP24: ...Sondern alles, was annäherungsweise mit dem Thema zu tun hatte, wurde aufgesogen und blieb hängen, andere Dinge haben mich vielleicht nicht so erreicht und gingen auch unter, also, da hätte ich weniger Kapazitäten für gehabt. Also spezifische Konzentrationsstörungen.

JD: Dass dieses Thema so einen Sog entwickelt?

IP24: Ja...Das war meins, und das war auch mein Projekt und da hätte ich mir auch nicht reinquatschen lassen von dem.

JD: Gab es also von Anfang an eine starke Identifikation?

IP24: Ja...Ich wollte auch echt viel da rausholen und auch alles machen, was man da machen konnte. Das ist immer sehr spannend, wenn ich sage, das war die beste Zeit in der Klinik, und meine beste Freundin und mein Mann regelmäßig den Kopf schütteln und sagen: „Selten eine Zeit in der Du so fertig warst“. Also, da ist meine

eigene Wahrnehmung sehr viel heller als wie ich offensichtlich in der Zeit gewirkt habe. Ich habe einfach viel über sie nachgedacht, weil der Fall mir sehr am Herzen lag. Und weil ich das Gefühl hatte, hier kann ich Wissen anwenden, und ich muss es auch. Ich habe was gelernt und ich habe das jetzt zur Verfügung zu stellen. Insofern war ich da einfach sehr gedanklich beschäftigt.

Eine Kollegin beschrieb eine noch deutlich stärkere Ausprägung dieser Entgrenzungssymptomatik. Bei ihr lassen sich eine extreme Ausweitung der Arbeitszeit und eine Aufweichung der Grenzen des therapeutischen Settings feststellen:

IP23: Ich hatte so ein Bedürfnis, ich habe mich Tag und Nacht mit diesem Thema beschäftigt, ich habe Fortbildungen besucht, bin durch die ganze Bundesrepublik gefahren und habe mich mit Leuten getroffen, habe Bücher gelesen ohne Ende, wirklich immer, wenn ich irgendwie Pause hatte, habe ich zu diesem Thema was gelesen, habe im Internet recherchiert und hatte das Gefühl: Es gibt nichts Anderes mehr. Ich hatte keine Lust auf irgendein anderes Buch, ich hatte keine Lust auf irgendeinen Film, ich hatte keine Lust mit jemandem schön essen zu gehen – das war weg. ...Keine Freizeitaktivitäten, außer eben Bücher über satanische Sekten – ich bin auch so gut wie gar nicht in Urlaub gefahren, weil ich das Gefühl hatte, ich kann jetzt nicht weg....Also, es hatte schon so was von: Ich stehe neben mir und betrachte mich und denke „Oh, jetzt bin ich da aber doch etwas sehr tief drin, dass ich schon solche Symptome habe“. Auf der anderen Seite aber eben sofort „Ja, das ist eben jetzt so. Und das ist was ganz Besonderes und dieses Mädchen und die Geschichte ist was ganz Besonderes“. Ich habe das sofort, für mich wieder meine Arbeit so legitimiert, dass keine kleine Flucht war in Richtung „Ich könnte ja mal überlegen, wie ich da mal etwas mehr Distanz zu kriege“.

JD: Das kam gar nicht in Frage?

IP23: Nein, das kam überhaupt nicht in Frage sondern im Gegenteil noch mehr: noch mehr Leute aufzurütteln, noch mehr dafür zu machen.... Wir stecken hier alles rein, was wir haben, an Geld und auf jeder Ebene, ich habe mich damals sogar verschuldet...und trotz diesem wahnsinnigen Einsatz, und ich würde sagen zum Teil vierundzwanzig Stunden Arbeit über Monate,....

4.2.8 Rückgang der Symptomatik

Die Symptomatik nahm in den meisten Fällen nur schrittweise ab. Einige Kolleginnen berichteten von einem Rückzug aus der Arbeit mit Traumata,

andere von therapeutischer Weiterbildung als ausschlaggebend für die Rekonvaleszenz:

IP7: Ich fing dann an mich hochzurappeln, das war nicht plötzlich, sondern das war wie so ein Aufschwung, dass ich dann die richtige Supervisorin fand, die richtige Ärztin, dann habe ich mich verliebt, da ging es so richtig aufwärts...

JD: ...und da ließen auch diese Bedrohungsgefühle so langsam nach?

IP: Genau, die ließen langsam nach.

IP13: Die ist langsam zurückgegangen. Die ist zurückgegangen mit dem, was ich an professionellen Hilfestellungen bekommen habe.

IP23: Aufgehört hat das durch einen kompletten Ausstieg von mir.

JD: Und dann ist auch die Belastung runtergegangen?

IP23: Langsam. Das ging nicht so schnell wie sie angestiegen ist. ...Also, nach dem Ausstieg noch mal ein halbes Jahr, würde ich sagen. Bis ich wieder an dem Punkt war, wie es vorher war.

Bei zwei Kolleginnen war die Belastung so deutlich an die Klientin geknüpft, dass mit deren Entlassung auch die Erholung einsetzte:

IP8: Das war auch eine traumatisierte Patientin und da hatte ich also ganz große Schwierigkeiten, nicht nur mit der Patientin, da waren auch noch andere Faktoren, die dabei eine Rolle spielten, aber da war das wirklich sehr drastisch, und als die dann entlassen worden ist, ist es auch sehr schnell besser geworden.

4.2.9 Dauer der sekundären Belastung

Die Angaben zur Dauer der Sekundären Traumatisierung divergierten deutlich. Es zeigt sich, dass sich die sekundäre Belastung bei den meisten nur über einige Wochen erstreckte.

IP25: Ich würde schon schätzen, zwei bis drei Monate hat mich das bewegt.

IP20: Also, das mit diesen abendlichen Angstvorstellungen, das hat, glaube ich, nicht so lange gedauert, also vielleicht so einen Monat. Ich glaube, das wurde weniger und kam dann ab und zu noch mal vor, aber so deutlich und so regelmäßig war das glaube ich, wie gesagt, nur für ein paar Wochen.

Einige Kolleginnen berichteten jedoch auch über längerfristige Einschränkungen:

IP7: Also, ich würde sagen so zwei, zweieinhalb Jahre war das insgesamt. Genau, die ließen langsam nach, das war ein Jahr des Abschwungs und ein Jahr des Aufschwungs, das hat so immer zwölf Monate gedauert.

IP13: Ja, das hat länger gedauert. Das war also über Monate war das schon da. Und dann habe ich das eben wieder in den Griff gekriegt und dann schwappte das dann vielleicht immer mal wieder so hoch.

IP23: Das Ganze - ich würde sagen zwei Jahre.

JD: Und kannst Du erinnern, wie lange diese schwere Belastung angehalten hat?

IP23: Monate, mehrere Monate. Also fast ein Jahr.

Einige Therapeutinnen gaben an, dass es eine überdauernde Residualsymptomatik gibt, die sich vorwiegend in verändertem Sicherheitsverhalten und der Vermeidung von externalen Hinweisreizen niederschlägt:

IP16: Was geblieben ist, ist, dass ich sehr genau darauf achte, wer meine Adresse und Telefonnummer bekommt, dass ich auch schon jetzt immer mal darauf achte – also das ist geblieben – dass ich schon in den Spiegel gucke, wer da hinter mir herfährt. Aber nicht mehr, dass ich richtig Angst hätte, mehr, dass ich gucke, ob alles noch o.k. ist. Wenn ich alleine bin, dass ich schon alle Zimmer durchgucke, ob da jemand da ist. Also, das ist geblieben, aber da sage ich das ist o.k. so. Ich finde es auch angemessen. Ich glaube eher, dass ich da vorher ein Stück naiv war. Und seit ich hier arbeite ist es schon so, dass ich Menschen sehr viel zutraue, daher finde ich es angemessen. Es ist eigentlich unwahrscheinlich, dass da jemand einbricht, aber es ist für mein Sicherheitsgefühl nötig.

IP7: Ich lese ausgewählter, ich lese zum Beispiel keine Kriminalromane mehr oder guck mir die im Fernsehen an.

JD: Warum tun Sie das nicht mehr?

IP7: Weil mich das alles belastet. Ich habe da keine Lust zu, ich habe tagsüber genug Krimi.

4.2.10 Auslöser, Risiko- und Schutzfaktoren

Die Therapeutinnen beschrieben verschiedene Faktoren, die sie post hoc als mögliche Vulnerabilitätsfaktoren oder Auslöser der Sekundären Traumatisierung identifizierten. Dazu zählen neben dissoziativen Zuständen bei Therapeutin und Klientin auch eigene potenziell traumatische Erlebnisse und die Menge der Arbeitszeit. Vortraumatisierungen der Therapeutinnen wurden jedoch im Widerspruch zur Literatur der Sekundären Traumatisierung auch als Schutzfaktor beschrieben.

Peritraumatische Dissoziation der Therapeutin

Einige Kolleginnen beschrieben veränderte Zustände ihrer Person während der Traumabehandlung. Von einigen wurden diese als Schutzfaktor beschrieben, von den meisten jedoch als möglicher Auslöser der Sekundären Traumatisierung:

IP4: Aber ich denke, ich muss schon irgendwie da die Gefühlslage da erfasst haben, wobei es mich, in der Situation habe ich es gar nicht in Erinnerung, es kam zeitversetzt.

JD: Kam erst hinterher?

IP4: Ja, das kam erst hinterher, in der Situation nicht. Ne, also das kam hinterher.

JD: Würden Sie sagen, dass Sie selber in dem Moment emotional tauber geworden sind?

IP4: Ja.

JD: Manche Therapeutinnen beschreiben, dass sie in einen Zustand kommen, wo sie wie so mit Autopilot fahren...

IP4: Ja.

JD: ...also so gar nicht ganz da sind. War das so eine Situation?

IP4: Ja.

JD: Traumähnlich, unrealer?

IP4: Ja, das in jedem Fall, ein bisschen unheimlich auch.

JD: Würden Sie sagen, dass Sie sich manchmal fast gefühlt haben, als wären Sie eher in einer Zuschauerrolle?

IP4: Ja, in diesem Wechsel. Ja, also durchaus auch. In starken Wechseln. ...Immer mich da wieder raushieven, weil das gar nicht gegangen wäre, aber trotzdem wurde ich immer wieder davon erfasst, so. Das war eben innerlich so ein Prozess, also, ich fand das auch anstrengend. Parallel den Prozess zu vollziehen, mich da raus zu hieven. Ich würde das auch richtig beschreiben als Kraftanstrengung. Mit atmen, sich wieder, also Luft reinlassen.

JD: Das waren dann sehr bewusste Schritte, da wieder in die Kontrolle zu gehen?

IP4: Ja.

IP21: Ich dachte, dass es mir nichts macht, also, ich spüre nichts, also, emotional taub sein. Oder wenn ich es spürte, dann dachte, es gehört nicht zu mir, mich darüber hinwegsetzen.

JD: Manche Kolleginnen erzählen mir, dass sie in einen Zustand gehen von Dissoziation, wo sie das Gefühl haben: Ich bin so wie auf Autopilot.

IP21: Ja, das kann ich gut erkennen. Das ist ein Zustand der ist dissoziativ. Also da sein und doch nicht da sein, aufnehmen, also, das Körpergefühl ging dann auch weg. Auch so ganz im Kopf sein. Das war ganz anders.

JD: Ist das ein Zustand, wo sich das Zeiterleben auch verändert?

IP21: Ja, Raum, Zeit, ja.

JD: Und das ist eine eher ungute Verarbeitung, weil man nicht mitbekommt, wie belastet man wird?

IP21: Ja, das sich das dann schlussendlich so auswirken musste, ja.

Eine Person grenzte in ihrer Beschreibung ihre bewussten Distanzierungsbemühungen von spontan auftretenden, dissoziativen Reaktionen ab:

IP9: Und bei diesen Klienten war es dann eher ungewollt. Also, es passiert einem, einem selbst, und man findet das höchst uneffektiv, man will so gar nicht, dass das geht, aber das passiert eben von selbst und es gehen einem die inneren Steuermechanismen verloren dafür. Wer entscheidet, dass ich jetzt mit von außen gucke, wer entscheidet, dass ich jetzt hier nicht so eng dranbleibe, wer entscheidet, dass ich das eigentlich nicht gut verbal begleite? Was ist hier eigentlich los?

JD: Sie haben eben schon selber das Wort dissoziiert benutzt – würden Sie sagen: Das war auch wie eine Dissoziation?

IP9: Dieses sehe ich so. Das sind Spontandissoziationen, die bei mir bei Überlastung auftreten. So ein Alarmzeichen – es ist zu viel gewesen.

Dissoziation der Klientin

Aber auch dissoziative Reaktionen auf Seiten der Klientin wurden als belastend erlebt und als möglicher Auslöser der Sekundären Traumatisierung benannt:

IP4: Relativ früh, das hat Sie mir relativ früh einfach so erzählt schon. Im Anamnesegespräch. Und auch sehr abgespalten erzählt. Also, sie hat sehr abgespalten erzählt und auch gezeigt, also, Verwundungen am Körper. Und letztlich sind mir diese Verwundungen am Körper, die sie so abgespalten berichtet hat, also, wie die zustande gekommen sind, also das habe ich dann geträumt. Aber sozusagen mit dem Spektrum an Gefühlen, die sie selbst gar nicht artikuliert hat oder die auch nicht spürbar wurden. Aber mir wurden sie dann im Traum sehr, sehr spürbar.

JD: Hat Dir dieser Mann erzählt von dem Attentat?

IP25: Ja, sehr detailliert. Gleich beim ersten Kontakt. Aber das war emotional völlig abgespalten bei ihm.

JD: Wie hat er das erzählt?

IP25: Sehr detailliert, rational und sachlich. ... Vielleicht habe ich da auch einiges stellvertretend erlebt, auch da in den Tagen der Behandlung, weil, der blieb so cool. Also, der war ca. zehn Tage im Krankenhaus und nur in der Zeit habe ich ihn ja auch therapeutisch begleitet. Der blieb cool oder hat dissoziiert, das blieb so, und ich glaube, dass ich das auch ein Stück stellvertretend erlebt habe. Ich war schockiert und aufgewühlt....Ich weiß, dass ich diese Bilder sehr stark hatte in diesen Tagen, also während der Krisenintervention.... Also, wie gesagt, ich hatte, glaube ich, die

Bilder mehr als er. Ich habe das mehr gefühlt, also, zumindest vom Erstkontakt weiß ich, dass ich das sicher mehr durchlebt habe als er das tat. Also, dass ich da auch ungeschützter war als er.

Vortraumatisierung der Therapeutin

Wie oben bereits beschrieben wurde, vermischten sich im Traum bei einigen vortraumatisierten Kolleginnen die eigenen Traumaerfahrungen mit denen der Klientinnen. Eine Vortraumatisierung kann jedoch möglicherweise auch als Schutzfaktor aufgefasst werden, wenn sie dazu beitrug, Distanzierungsfähigkeiten zu erlernen, die die therapeutische Arbeit erleichtern:

JD: Du hast eben gesagt: Du machst Dir keine Bilder... Wie kriegst Du das hin?

IP6: Wie? Kannst Du das nicht? Das ist doch auch eine bewusste Entscheidung. Ich kann ja, wenn mir jemand was erzählt, kann ich mir ja vor meinem inneren Auge die Situation ausmalen. Also so versuchen, wenn die mir erzählt, da steht einer vor mir, also... dann, wenn ich das Bild dazu mache, krieg ich auch die Gefühle dazu. Aber ich kann das auch... Wie soll ich das beschreiben? ... Das ist ganz schwer. Ich glaube, ich höre dann eher nur auf die Tatsachen, also, dass die, also wenn die meinerwegen das: Da stand dann einer vor ihr und hat sie gezwungen, ein Tier zu töten... Ich höre dann nur die Worte. Ich weiß ja auch im Kopf, was passiert. Aber ich sehe das dann nicht vor mir. Und umgekehrt ist es aber auch so, wenn ich zum Beispiel im Kino irgendwas sehe, was sehr belastend ist, das werde ich nicht mehr los.... Und deswegen mach ich das nicht.

JD: Es ist also nicht so, dass Du mit Bildern nichts anfangen kannst, sondern ganz im Gegenteil ...

IP6: ... im Gegenteil!

JD: Und deswegen hast Du irgendeinen Weg gefunden, die Bilder ganz bewusst nicht entstehen zu lassen?

IP6: Ja.

JD: Wie machst Du das?

IP6: Wie hab ich das denn gemacht? Ich weiß es nicht. So hab ich überlebt, würde ich jetzt mal sagen. Ich denke, das ist ähnlich wie meine Fähigkeit zu dissoziieren... Das hängt sehr mit meinen eigenen Traumata zusammen.

JD: Das scheint sehr hilfreich zu sein...

IP6: Ja, das ist auch sehr hilfreich.... Aber wie ich das antrainiert habe, ist, glaub ich, wirklich eine Kindheitssache.

JD: Für die eigene Belastung – siehst Du da auch Vor- und Nachteile?

IP6: Ja. Die eine Seite ist – die Arbeit ist Wasser auf meine Mühlen, mit dem „traue keinem“ und „es kann Dir überall was passieren“. Und auf der anderen Seite sehe ich ja, was Menschen alles aushalten und trotzdem noch irgendwas wirklich unzerstört geblieben ist. Auch bei denen. Und das macht wiederum Hoffnung. Wo ich auch selber sehr anknüpfe – wo sind da meine Ressourcen und was kann ich für die tun? Ich kann selber spalten und ich denke, das hilft mir sehr bei meiner Arbeit. Also so wie zum Beispiel mit den Alpträumen: wahrscheinlich hätten die das andere viel mehr... dass sie mehr träumen. Ich weiss nicht, wo ich das dann gespeichert habe.

JD: Es gibt ja so ganz unterschiedliche Meinungen dazu, ob eigene Traumatisierungen bei Therapeutinnen eher eine Gefahr oder eine Ressource sind. Was haben Sie für eine Erfahrung damit gemacht?

IP 16: Ich denke, dass das auf jeden Fall eine Ressource ist, also, vielleicht auf Gedanken zu kommen, auf die man sonst nicht käme. Und auch zu wissen, dass solche Dinge auch bewältigt werden können. Also, dass man da auch gut rauskommen kann – also, das, was da so an Hoffnung dann übrig ist, dass man sich nicht so leicht von dieser Hoffnungslosigkeit anstecken lassen kann. Gefahren an den Tagen, wo man selber mit sich zu tun hat, dass man dann für die Patienten nicht mehr so gut da ist. Also, ich nutze auch, was ich gelernt habe: Ich habe das Gefühl ich bin auf der Arbeit...das ist schon so bewusst umgeschaltet, das ist jetzt Arbeit, das ist was anderes als zu Hause. Und normalerweise bleiben die Probleme auch jeweils da, wo sie hingehören. Und das sind schon Sachen, die, ich denke, muss man erst mal gelernt haben durch schwierige Situationen.

Eigenes potenziell traumatisches Erlebnis

Eine Therapeutin beschrieb die Ätiologie der eigenen Belastung als ein Zusammenwirken der langfristigen Arbeit mit traumatisierten Klientinnen und dem Erleben eines potenziell traumatischen Ereignisses:

IP14: Also, weil ich ja so viel mit traumatisierten Menschen gearbeitet habe, war es ein schleichender Prozess. Aber ich habe gute Möglichkeiten gehabt, mich immer wieder zu kompensieren und es immer wieder gut hinzukriegen. Trotzdem war es so schleichend, dass ich es vor allem im Bereich von Lebensfreude, von Energie

gemerkt habe. Und dann gab es aber ein einschneidendes Erlebnis, nämlich, dass ich selber einen Unfall hatte, und nach dem Unfall ich plötzlich überhaupt nicht mehr gut arbeiten konnte. Also, da war ich selber so offen und so empfindsam, dass ich das Gefühl hatte, diese dicke Schicht, die ich mir vorher so zugelegt habe, damit es mich nicht so persönlich auch erreicht oder mich nicht so fertig macht, die war offen und ich habe die nicht wieder zu gekriegt. Dann war alles zu viel. Und da habe ich erst mal so das Ausmaß der Belastung gespürt. Und davon habe ich mich gar nicht wieder richtig erholt. Weil es dann viel spürbarer da war, ich fand mich nicht mehr so stabil, ich war nicht mehr so belastungsfähig, und das hat dazu geführt, dass ich auch nicht mehr so arbeiten konnte.

JD: Dieser Unfall – war das ein schwerer Unfall, waren Sie schwer verletzt?

IP14: Also, das war für mich selber ein schwerer Unfall, wobei das von der Zuschreibung her nicht ein schwerer Unfall war. Also, das war ein Unfall, wo ich eine Gehirnerschütterung hatte und mehrere Wochen krank war, aber dann war ich so körperlich wieder hergestellt. Aber seelisch war ich nicht wieder hergestellt. Die Erschütterung war nachhaltig.... Ich war halt auch immer die Starke, hatte immer alles unter Kontrolle, konnte alles ab – und bei diesem Unfall hatte ich dann gar nichts mehr unter Kontrolle. Und das war eben nicht nur eine Gehirnerschütterung, das war auch innerlich eine tiefe Erschütterung. Danach war ich einfach offen, erschöpft, wenig belastbar.

Parallele zum eigenen Leben

Einige Therapeutinnen gaben an, sich auf Grund der wahrgenommenen Nähe zum Traumaopfer nicht ausreichend distanziert zu haben:

(Anmerkung JD: In dem Traumamaterial der Klientin ging es um die Misshandlung eines Babys, IP2 hat selber kleine Kinder)

IP2: Anders war das, weil es so einen unmittelbaren Bezug zu mir hatte. Und das war sonst nicht so. Also, wenn ich andere schlimme Sachen höre, ich weiß ja ...ich bremsen da ja eher.... Und das war bei der einen eben nicht so, weil, die hat nur gesagt „Ja, heute ist ein schlimmer Jahrestag“. Und dann ist man ja prinzipiell schon mal auf alles gefasst, und ich habe das mit der auch zu distanzieren versucht und das ging aber nicht. Das war eben dieser eine Anteil, der kommt einmal im Jahr, und das ging also für sie nicht und es ging dann auch für mich nicht. Und es hatte einfach so viel mit mir zu tun....

JD: Also die Situation war besonders belastend, weil die zu Dir so eine persönliche Beziehung hatte?

IP2: Ja, ja.

JD: Würdest Du sagen, das ist so ein wesentlicher Faktor gewesen, dass es da eine Parallele gibt?

IP2: Ja, auf jeden Fall.... Weil mich das auch so persönlich berührt hat, halt wegen dieses Babys. Also, dass fand ich einfach total grauenhaft und dann habe ich gemerkt, es hat auch fast mit mir persönlich und mit meiner Geschichte zu tun, und das ist einfach, das habe ich, glaube ich, auch körperlich gespürt, dass es eben so eine Art Schwindel war, und einfach so eine Schwere.

IP11: ...und die hat das halt so... sehr eindrücklich auch erzählt, weil sie das alles auch direkt mitgekriegt hat - und das hab ich irgendwie ganz... das hab ich mitgenommen. Das hat aber - Ich hab dann hinterher das erkannt: das hat was mit einer Kindheitserinnerung zu tun.

JD: Aus Ihrer eigenen Geschichte?

IP11: Genau. Wo's auch mal was mit Feuer- das war nicht dramatisch, aber – also, jetzt würde ich sagen: nicht dramatisch, aber für mich damals war's wohl dramatisch.

JD: Und da haben Sie – also die Klientin hat das so sehr detailliert beschrieben, versteh ich – und da haben Sie das Bild mitgenommen?

IP11: Und ich habe mich halt auch nicht so... also ich mach das ja oft auch schon: mich so schützen... mit, was man so in der Ausbildung lernt. Aber in dem Moment bin ich da einfach nur so mitgegangen. ... und - war ungeschützt. ... Und hab das auch gar nicht gemerkt... hab das erst hinterher gemerkt.

IP24: Na ja, und das war eine – die ist Krankenschwester gewesen, war Mitte vierzig zu dem Zeitpunkt, wo das passierte. Sie fühlte sich nicht so weit weg an von meinem eigenen Erleben und Empfinden. Sie war sprachlich ungefähr auf meiner Ebene, sie hatte einen super trockenen Humor – das war einfach eine starke, sympathische Frau, so, das spielt sicherlich auch noch mal eine Rolle.

Verleugnung im beruflichen Umfeld

Die Validierung des Erlebten durch Andere scheint für die Integration eines Traumas hilfreich zu sein. Überträgt man dieses Konzept auf die Situation der Therapeutin, so wird diese Validierung durch die wissenschaftliche Anerkennung klinischer Störungsbilder sowie den kollegialen Dialog

dargestellt. Einige Kolleginnen beschrieben dementsprechend den fehlenden kollegialen Dialog als einen deutlichen Belastungsfaktor:

IP23: ...aber es war ein Mädchen, wo ich gemerkt habe, dass ich meine Grenzen nicht mehr einhalten kann, sondern dass ich, wenn irgendwas mit der war, dass ich immer gesprungen bin. Dass ich Tag und Nacht irgendwie auf Abruf war für dieses Mädchen. Ich immer nicht so richtig wusste, was es ist. Ich hatte irgendwie einen besonderen Draht zu ihr und war auch diejenige im Team, die sie irgendwie immer verteidigt hat, und hatte wegen ihr eben auch viel Stress innerhalb des Teams. Das Team hat sich gespalten und – also ich denke schon, dass die Belastung in der Phase zugenommen hat.

JD: Wenn Du Dich noch mal zurückerinnerst an diese Zeit, gab es noch andere Faktoren, die dazu beigetragen haben, dass es Dich so belastet hat?

IP 23: Dass ich null Unterstützung vom Team bekommen habe, Null, sondern ich wurde, egal wem ich das erzählt habe, wurde ich als komplett verrückt betrachtet.

JD: Ist Ihnen das selber mal passiert, dass Kolleginnen oder Supervisorinnen gesagt haben, das kann nicht sein, was Sie da erzählen, das glaub ich nicht?

IP13: Oh ja, das war natürlich dann extrem problematisch. Weil also, das waren dann auch die Phasen, die am meisten Krise gemacht haben. Mit einer Kollegin, mit der ich gut befreundet war und oder auch bin, Gott sei dank, wo dann ich mir Unterstützung erhofft hatte und dann da aber die Frage der Glaubwürdigkeit eine große Rolle spielte und ich mich eigentlich hängen gelassen gefühlt habe, und dass ich das als sehr belastend erlebt habe.

JD: Was zu wissen und zu wissen, dass das real ist, und andere Menschen stellen das in Frage?

IP13: Ja, und das also war eigentlich das Schwierigste in dieser Behandlung und da immer sich rechtfertigen zu müssen.

Arbeitszeit

Auch die Menge der mit traumatisierten Klientinnen verbrachten Arbeitszeit wurde von einer Kollegin mit der eigenen Belastung in Verbindung gestellt:

IP21: Na, ich habe viele Jahre zwischen 50 und 70 Stunden gearbeitet zu Trauma und zu Dissoziativen Störungen. Und ich hatte immer den Eindruck, dass ich das gut irgendwie wegstecken kann. Ich habe da auch mit einer Abspaltung gearbeitet in

irgendeiner Form. Und irgendwann ging es nicht mehr. Da war die Spannung zu groß, aber das ist sehr langsam aufgebaut.

Aufrechterhaltende Faktoren

Einige Therapeutinnen beschrieben Kognitionen, die sich im Sinne des Modells von Ehlers und Clark (2000) als aufrechterhaltende Faktoren verstehen lassen. Klassischerweise beziehen diese sich auf das Thema Schuld, indem das Opfer sich selbst die Verantwortung für das Erleben des Traumas oder die Entwicklung der Traumareaktionen zuweist. Auch die Therapeutinnen berichteten von dieser Art von Kognitionen. Einige Kolleginnen bewerteten schon die Übernahme der behandelten Klientin schuldhaft:

IP 25: Ja. Also ich bin ein Stück auch mit mir ins Gericht gegangen, im Sinne von nicht auf mich aufgepasst. Ich hätte diesen Klienten nicht übernehmen müssen und habe mich gefragt, weshalb ich auf solche Herausforderungen so reagiere, darauf so anspreche. Und das hat auch etwas Narzistisches, „Der arbeitet mit Terroropfern, toll“. So etwas hat das auch. Dass ich über diese vermeintliche Anerkennung und Belohnung mich aus dem Blick verloren habe, bzw. meine Belastbarkeit.

JD: Hatte das auch einen Hauch von Vorwurf an Dich selbst?

IP 25: Ja, auf jeden Fall. „Was hast Du Dir da angetan“ und „Das hätte nicht sein müssen“. Der Vorwurf war nicht geprüft zu haben, ob ich mich dem gewachsen fühle. Und auch im Sinne von sich darüber ein Stück Anerkennung holen wollen. ...Das war eine Möglichkeit, sich auch viel Anerkennung zu verschaffen, auch ganz objektiv. Und der Vorwurf an mich war nicht, dass ich das nicht auch haben darf, sondern, dass ich das über diese potentielle Anerkennung vergessen habe zu prüfen: passt das jetzt, in meiner jetzigen Lebenssituation, auch?

Andere reagierten auf das Auftreten der Belastungssymptome mit Kognitionen, die die eigene Professionalität in Frage stellten:

IP 16: Ja, weil man denkt, ich muss das jetzt alles therapeutisch gut machen und mir darf es nicht schlecht gehen dabei. Und ich hätte gar nicht mit Kollegen darüber reden wollen. Ich dachte, ich habe da versagt, ich hätte das besser hinkriegen müssen.

JD: Was haben Sie denn gedacht, haben Sie falsch gemacht?

IP16: Ich habe die Stabilisierungstechniken nicht gut genug angewandt. Ja, also im Nachhinein weiß ich auch, dass das passieren kann, und dass man auch darüber reden kann, aber damals war ich auch in einer schwierigen Situation, weil es Therapeutenwechsel gegeben hat und auch gerade so unklar war, ob es Entlassungen gibt und da wollte ich mir nicht so die Blöße geben.

JD: Das war ja schon eine Bewertung, dass Sie da selber dran schuld gewesen sein sollen – glauben Sie, diese Bewertung hat es für Sie schlimmer gemacht?

IP 16: Na ja, ich habe mir natürlich die Stimmung noch selber gedrückt, weil ich mich unter Druck gesetzt habe, Anspannung. Und ich glaube, es wäre einfacher gewesen, wenn ich darüber gesprochen hätte. ...Und dieses „Ich habe versagt“ – ich denke, dass die Symptome trotzdem da gewesen wären, auch wenn ich mir das nicht so gesagt – aber es wäre vielleicht leichter gewesen, darüber zu sprechen und dann Hilfe zu bekommen.

Eine Person gab an, Schuldgefühle wegen mangelnder Arbeitsfähigkeit gehabt zu haben, welche eine Abgrenzung von traumatisierten Klientinnen erschwerte. Auch diese Reaktion kann als aufrechterhaltender Faktor beschrieben werden, da es so zu einer wiederholten Konfrontation mit Traumamaterial kam, welches eigene Vortraumatisierungen der Therapeutin aktualisierte:

IP9: Ja, es war so ein bisschen auch so ein Schuldgefühl, weil die waren nun gekommen und erwarten Hilfe, haben sich auch lange angemeldet, und dann geht das nicht. Das ist natürlich schon so ein bisschen blamabel und Mist, für jemanden, der sich da richtig drauf einrichtet...kommt zum Spezialisten für Psychotherapie und dann läuft das nicht. Und dann ist man am Ende seiner Grenze. Aber diese Ehrlichkeit ist mir zu dem Zeitpunkt nicht möglich gewesen. Ich denke, so eine Schuldkomponente war da belastend, in dieser Falle drin zu bleiben: ich muss helfen, aber ich kann nicht helfen.

4.2.11 Coping

Was haben die Betroffenen in der Belastungsphase als hilfreich erlebt? Was hat die Symptomatik deutlich gebessert? Auf diese Fragen fanden die interviewten Therapeutinnen unterschiedliche Antworten. Größtenteils decken sich diese mit den Empfehlungen, die sie selbst an ihre traumatisierten Klientinnen weitergeben. Dies sind insbesondere Austausch

mit anderen Betroffenen, sportliche Betätigung und imaginative Distanzierungsübungen.

Supervision

Auch die betroffenen Therapeutinnen erlebten die Normalisierung und Validierung der Belastungssymptome als entlastend und hilfreich. Dies, aber auch der Bezug zu der eigenen Geschichte, waren die Hauptwirkfaktoren supervisorischer Begleitung:

IP1: Dann nehme ich auch mehr Supervision und muss dann gucken, was das mit mir zu tun hat. Nochmal ganz genau für mich zu gucken, an welchem Punkt stehe ich eigentlich, Selbstreflektion auf welche Weise auch immer. Ob ich mir dann selber eine Therapiestunde hole oder das in der Supervision hinkriege oder mit einer guten Freundin mir das angucke, was da im Moment eigentlich bei mir los ist.

IP2: Ja, das war hilfreich, ich habe alles an Supervision genutzt, also, sowohl Einzelsupervision als auch selbst Therapie, meine Ausbildungskleingruppe und alle anderen Leute ...und wir hatten Teamsupervision. Ich habe alles genutzt, was ich kriegen konnte.

Austausch mit anderen Betroffenen

Wie bei den traumatisierten Klientinnen wirkte auch bei den sekundärtraumatisierten Therapeutinnen ein Austausch mit anderen Betroffenen der Belastung entgegen:

IP13: Sprechen mit einer Kollegin und merken, dass das auch zu unserem Beruf ein Stück dazu gehört und dass andere sich auch damit auseinandersetzen, dass andere ähnliche Erfahrungen machen und dafür war das eben gut, auch so eine Vernetzungsarbeit, also, als ich dann Anschluss kriegte zu Traumafachgesellschaften und so ersten Netzwerken, da war das, war das besser. Da war das eigentlich, da relativierte sich das sehr stark.

JD: Mit anderen Worten, die das auch kennen, die auch sagen „Das glaube ich auch, das ist auch wahr“.

IP13: Ja. Und auch dieses Gefühl „man muss etwas tun“ und aus dieser Ohnmachtsposition ein Stück herauszukommen um dann auch irgendwie das auch als Aufgabe zu verstehen, dass ich da etwas verändern muss.

IP23: Ich denke was für mich sehr hilfreich war, dass es doch innerhalb auch von dieser Zeit, wo die Kurve ganz oben war an Belastung, dass ich Menschen getroffen habe, die dasselbe erlebt haben, die mir Tipps geben konnten, die sagen konnten: „Das ist ganz normal, was Du erlebst“ – genau das, was unseren Klientinnen gut tut was wir sagen. Also, wirklich an Deiner Seite zu stehen und zu sagen, das schaffst Du und Du drehst nicht ab. Das ist normal.

Imaginationen

Da die meisten Betroffenen unter der intrusiven Symptomatik besonders litten, ist es nicht verwunderlich, dass viele Kolleginnen angaben, Imaginationsübungen zur Distanzierung anzuwenden. Diese zählen momentan zu den Standardinterventionen in der Traumabehandlung und haben zum Ziel, die Intrusionen kontrollierbarer zu machen und bestenfalls auch die Auftretensrate zu verringern.

IP4: Und in der Zeit habe ich schon solche Imaginationsübungen verstärkt gemacht, oder vor dem Einschlafen, wirklich die nach außen setzen und habe ich versucht, damit aktiv umzugehen.

IP7: Was ich auch sehr hilfreich fand, gerade in diesem schwierigen Jahr, war, gezielt zu dissoziieren, durch Traumwelten, durch Korrespondenzen. Ganz bewusst einen Brief geschrieben habe und mich damit befasst, schöne Dinge zu beschreiben, damit habe ich mich gezielt in eine andere Welt gehoben, also richtig dissoziiert, damit ich meinen Alltag schaffe.

JD: Also, wie so eine schöne Parallelwelt?

IP7: Ja, ich habe mich wirklich gezielt mit schönen Dingen befasst, so die positiven Seiten dieser Gefühlstiefe auch mehr ausgebaut. Ganz bewusst. Da habe ich von den Patienten auch gelernt, das haben die ja schließlich, so haben die ja auch überlebt. Und dann merke ich wie dann so was von mir abfällt, wie ich auch Resonanz kriege von Freunden. Und das war total hilfreich.

IP13: Ich habe dann selber solche Distanzierungsübungen gemacht, wie Dinge wegpacken, vor die Tür stellen, einschließen, in den Tresor packen. Musste da auch ziemlich intensiv dran arbeiten und die immer mehr wegpacken, wegpacken, wegpacken. Die kamen dann immer, ich merkte richtig wie, dann diese Szenen dann auch immer wieder reinkamen und manche Bilder nicht halfen. Manche Bilder wie z.B. vor die Tür stellen, reichte z.B. überhaupt nicht. Das kam über die Fenster wieder rein oder über die Hintertür und ich habe mir die Bilder vorgestellt, eben in einen Safe die Dinge einzuschließen und ganz still und stark wegzupacken und diesen Safe eben ganz weit wegzustellen.

JD: Und das war dann hilfreich?

IP13: Das war hilfreich.

Körper

Viele Therapeutinnen empfehlen ihren Klientinnen außerdem körperliche Betätigung, um die durch das Hyperarousal bereitgestellte physiologische Aktivierung abzubauen. Auch der depressiven Verstimmung wirkt eine körperliche Auslastung entgegen, so dass diese von vielen Therapeutinnen als hilfreich zur Bewältigung der sekundären Belastung erlebt wurde:

IP2: Ich habe versucht, mich zu bewegen. Das fällt mir schwer, aber das ist hilfreich. Manchmal, wenn ich echt nicht runtergekommen bin, bin ich noch eine Runde Fahrrad gefahren oder bin gejoggt, und ich hasse joggen, ja so was hat geholfen.

IP9: Aber den größten Teil habe ich versucht, mit Sport zu kompensieren, also Laufen, Joggen. Und da kann ich als Körpertherapeut ein bisschen zehren, die Aggression, die ich da mit diesen Wutsäcken machen kann, da kann ich ein bisschen was loswerden, um erst mal wieder richtig klar zu werden. Das hilft schon und hat auch damals was genutzt, aber es war eben so, das will ich jetzt nicht idealisieren, das reichte nicht. Sondern es war immer nur, dass man sein Level wieder kriegen kann, dass man zurück kommt aus irgendwelchen Verstrickungen. Und dieses Umschalten, das ging mit körperlicher Aktivität mit am besten.

IP10: Ich bin in der Zeit auch gejoggt. Und ich glaube schon, dass die Bewegung also auch eine Verarbeitung bringt.

Nähe mit Menschen

Gerade wenn die Sekundäre Traumatisierung auf Traumata zurückging, die im zwischenmenschlichen Nahbereich stattfanden, beschrieben einige Therapeutinnen ein größeres Bedürfnis nach Nähe und Austausch in ihren sozialen Kontakten. Dieses steht im Gegensatz zu dem sozialen Rückzug, insbesondere aus intimen Beziehungen, der nach primären Traumatisierungen häufig zu beobachten ist.

IP4: Trotzdem hatte ich da auch so ein erhöhtes Kuschelbedürfnis, kann ich so sagen, brauchte so mehr auch so Geborgenheitsempfindungen so in meiner Paarbeziehung. Also, da fühlte ich mich schon auch bedürftiger als sonst. Auch, wenn ich da versucht hab, selber auch so gegenzusteuern, aber da brauchte ich durchaus im Außen, in meiner nächsten Umgebung, in meiner Paarbeziehung doch noch mal eine andere emotionale Nähe. Solche Art von Zuwendung.

IP20: Also, ich habe mich damit schon meinem Mann und Freundinnen mitgeteilt – in abstrakter Form, aber schon. Und das auszusprechen und das auch ganz klar in einen Kontext mit der Arbeit zu stellen, hat mir schon mal etwas dieses Gefühl genommen, irgendwie verrückt zu sein, weil die eben darauf ganz gut reagiert haben.

4.2.12 Veränderungen kognitiver Schemata

In Anlehnung an das Konstrukt der *vicarious traumatization* wurden die Therapeutinnen retrospektiv auch zu Veränderungen kognitiver Schemata befragt. So sie solche bestätigten, wurden sie aufgefordert, diese zu bewerten. Absichtlich wurde hier jedoch keine negative Einschätzung oder gar ein Symptomstatus solcher Veränderungen vorgegeben.

Viele Kolleginnen beschrieben sich als unverändert in Bezug auf das eigene Vertrauen in Menschen, ihr Sicherheitsgefühl und ihren Glauben an den Sinn der therapeutischen Tätigkeit. Nur bei der Frage nach dem Menschenbild beschrieb die Mehrheit der interviewten Kolleginnen Veränderungen. Diese wurden aber zumeist als positiv wahrgenommen. Im Folgenden sollen deshalb die Veränderungen des Menschenbildes ausführlicher beschrieben werden. Im Anschluss werden einige Zitatbeleg für Veränderungen des Sicherheitsgefühl, der Verbundenheit sowie des Glaubens an die

therapeutische Arbeit angeführt, die jedoch ebenfalls überwiegend als eher positiv eingeschätzt wurden. Lediglich die Veränderungen des Sicherheitserlebens wurden negativ beschrieben.

Das Menschenbild

Zunächst ist festzustellen, dass die meisten Kolleginnen Veränderungen dieses Schemas beschreiben, diese jedoch retrospektiv als positiv bewerten. Dies geschieht aus dreierlei Gründen. Zunächst, weil diese Anpassung als realitätsgerecht erlebt wird:

IP5: Mein Weltbild ist völlig – also in der Phase, glaub ich, richtig zerstört worden. Dass ich einfach von Sachen gehört hab, die Menschen mit Menschen machen, die ich nie für möglich gehalten hab. Und – da hab ich vorher, ja, hab ich nicht mit gerechnet, das es das gibt – einfach. Ich denke schon... also: Ich bin ganz behütet aufgewachsen. Mir ist, glaub ich, nie im Leben was Schlimmes passiert. Oder als es mal probiert wurde, konnte ich mich gut wehren und hatte für mich das Gefühl, so, also eigentlich ist das Leben gut und wenn es mal schwierig ist, müssen die Menschen nur stark genug sein, dann können sie sich auch wehren...Das war so mein Weltbild vorher. Und das ist schon sehr angekratzt worden. Also, da hinzugucken und zu sehen: das ist nicht so einfach, sondern es gibt Menschen auf der Welt, und auch nah bei, also, ich muss gar nicht in andere Erdteile gehen oder in Kriegsgebiete, da können Menschen sich nicht wehren. Das ist nicht möglich und das gibt es auch. Das hat sich schon, ja, richtig gezurrt, eher, so rum. Wenn ich daran denk: vorher war ich sehr naiv, dass so zu sehen und es ist realistischer geworden.

JD: Realistisch... Heißt das auch, das ist 'ne positive Veränderung für Dich?

IP5: Ja. Das so realistisch zu sehen, wie es auch ist.

Positiv werden diese Veränderungen jedoch auch deshalb gewertet, weil sie den Glauben an die Überlebensfähigkeit des Menschen stärken. Diese Veränderungen werden von einigen Therapeutinnen als Ressource für die Arbeit angesehen:

IP4: Ja, natürlich habe ich Veränderungen festgestellt. Also, dass es keine Schuldlosigkeit gibt, das dachte ich schon vorher, das ist jetzt nichts Neues das dadurch gekommen sei. Oder die hohe Verletzlichkeit von Menschen, das dachte ich

auch schon vorher. Ich würde fast sagen, also für mich ganz persönlich, ganz privat ist es eher in die andere Richtung gegangen, dass mein Glaube an etwas Unverletzliches, Unverletztes, Kernhaftes, Wesenhaftes, der hat sich eher bestärkt über diese Arbeit. Und ich glaube, ich brauche den auch, das ist auch eine Ressource für mich selber diese Arbeit überhaupt zu tun. Und ich glaube, ich könnte sie auch nicht gut tun, wenn ich das nicht auch dächte über diejenigen, die mir da gegenüber sitzen. Und insofern beeinflusst das auch mein Menschenbild.

IP8: Ja, ich denke schon. Ich denke schon, dass ich ein anderes Menschenbild bekommen habe. Also, ein Bild von ...dass die Fähigkeiten, die Anpassungsfähigkeiten von Menschen enorm sind. Dass sie also irgendwo Talente haben, auch aus den schlimmsten Situationen irgendetwas zu machen. Jetzt zum Beispiel an der aktuellen Situation. Diese traumatische Geschichte mit den Flutopfern z.B. – ich glaube, dass ich früher da viel geschockter gewesen wäre. Das hätte viel mehr mein eigenes Weltbild betroffen und durcheinander gebracht. Von Anspruch auf Sicherheit haben, Anspruch auf Unversehrtheit haben, sich persönlich ungerecht behandelt zu fühlen. Das ist mittlerweile sehr viel weniger geworden. Ich gehe mit solchen Ereignissen anders um. Distanzierter vielleicht, oder auch gelassener.

JD: Wenn Sie sagen: „Das hat sich verändert“ – würden Sie sagen, das ist eher eine positive oder eine negative Veränderung?

IP8: Also für mich ist das schon eher positiv.

JD: Würden Sie sagen, das ist eine Ressource, um gut mit traumatisierten Menschen arbeiten zu können?

IP8: Ja, es ist auch eine Ressource, ja. Also für mich ist es schon eine Ressource. Für andere Menschen, die vielleicht nicht so viel mit traumatisierten Menschen zu tun haben, ist es das vielleicht nicht. Also, andere können sich das nicht als Ressource vorstellen. Die sagen dann vielleicht: „Das ist hartherzig oder abgebrüht, oder distanziert oder so“. Also wie gesagt, das gilt nur für mich, aber nicht für alle. Aber ich würde das schon eher als Ressource ansehen. Das hat auch etwas mit Demut zu tun. Also, das ist so vielleicht ein bisschen religiöser Begriff. So mit dem Gefühl, was kommt, das muss auch kommen, es hat schon irgendwo einen tieferen Sinn. Also, im allerweitesten Sinn mit Spiritualität, Erfassen von unfassbaren Dingen, ohne das man daran kaputt geht.

IP13: Ja, würde ich auch sagen. Also, dass ich ganz viel Hochachtung davor bekommen habe, wie Menschen mit einer eingeschränkten Lebensmöglichkeit im Leben zurechtkommen, sich entwickeln. Auch, was sie für sich an Sinn entwickeln

können, das hat mich häufig sehr beeindruckt. Tief beeindruckt und auch in Frage gestellt, wie meine Lebensziele oder meine Erwartungen an das Leben sind. Und das ist etwas, wo ich denke, das habe ich auch zurückbekommen, das habe ich trotz der ganzen Anstrengung und der Mühe und dem sich auch Aussetzen in die Erfahrung von traumatisierten Patienten, habe ich das eben auch zurückbekommen, wo ich also dankbar bin.

JD: Würden Sie sagen, das ist auch eher positiv zu bewerten?

IP13: Ja, auf alle Fälle.

Das folgende Zitat zeigt, wie eine Veränderung des Schemas zunächst als Belastung erlebt, langfristig jedoch als protektiver Faktor wahrgenommen werden kann:

IP23: Da war ich vorher schon desillusioniert, über eben die ganze Beschäftigung mit Folter und so weiter, also Folter war für mich ja nichts Neues so. Aber vielleicht – was für mich das absolut Gruseligste war und was ich kaum fassen konnte, war, was man mit Neugeborenen machen kann. Und das andere, womit ich mich beschäftigt hatte vorher, das war Folter mit Erwachsenen. Aber was man mit Säuglingen, mit Kleinkindern machen kann, das hat für mich - das hat wirklich irgendwas in meinem Kopf gesprengt. Das war, da fehlen mir immer noch die Worte. Also, das hat so was, wie vielleicht bei den Anderen so was, wie den Glauben in das Gute in der Welt oder im Menschen – das war für mich so was, wo ich dachte, das kann nicht sein, das kann einfach gar nicht sein. ...Und auch, dass ich denke, es gibt nichts mehr, was – was ich vorhin gesagt habe, dass, was die mit den Säuglingen gemacht haben – diese Details und dass es etwas gesprengt hat in meinem Kopf und in meiner Vorstellung von: was Menschen tun können, zu was Menschen fähig sind – und dass ich da das Gefühl habe, das ist einmal gesprengt worden, und da gibt es, das wird nicht noch einmal passieren. Ich habe das Gefühl gut vorbereitet zu sein.

Sicherheitsgefühl

Wie oben bereits beschrieben, veränderte sich bei einigen Kolleginnen während der Belastungsphase das Sicherheitsgefühl, so dass sie zum Teil ihr Sicherheitsverhalten veränderten. Die Fragen nach langfristigen Schemaakkommodationen in Bezug auf persönliche Sicherheit deuten jedoch eher darauf hin, dass es sich dabei, wie oben beschrieben, um eine parapsychotische Akutsymptomatik und nicht um überdauernde

Veränderungen handelte. Nur zwei der Befragten gaben an, sich in Bezug auf ihr Sicherheitsgefühl langfristig verändert zu haben:

JD: Hat sich Ihr Sicherheitsgefühl in der Welt durch die Arbeit verändert?

IP20: Ja, sicherlich auch in dem Sinne, dass mir klarer ist, dass es Sicherheit nicht gibt. Das hat mich ängstlicher gemacht, denke ich.

JD: Ist das eher positiv oder negativ?

IP20: Das ist schon negativ.

IP25: Ja, also nicht nur konkret an dem jetzt festgemacht, aber so über die Jahre gibt es schon so ein Entsetzen darüber, was Menschen machen können. Und das nimmt eher zu. Dafür war das sicherlich nicht der einzige Auslöser. Aber es hat weiterhin für mich etwas Unbegreifliches.

JD: Ist das für Dich eine positive oder eine negative Veränderung?

IP 25: Ich würde sagen beides. Negativ im Sinne von: Ich bin erschrocken was möglich ist und traue dem Menschen im Allgemeinen mehr Schlimmes zu. Und das hat Negatives auch, weil ich dadurch ein höheres Bedrohtheitsgefühl habe. Ich glaube, dass die Hemmschwelle für Gewalt immer mehr abnimmt. ...Ängstlicher durch die Welt zu gehen, finde ich nicht unbedingt positiv. Potentielle Bedrohungen eher wahrzunehmen schon, das hat ja auch einen Schutzeffekt.

Verbundenheit und Entfremdung

Wie oben bereits dargestellt, wird ein Entfremdungserleben in der DSM-IV-Diagnose für PTSD als Vermeidungssymptom gewertet. Der Theorie der *vicarious traumatization* zufolge kann dies jedoch auch ein Merkmal dauerhaft modifizierter Schemata sein. Eine Kollegin wies dies jedoch zurück und charakterisierte die erlebte Entfremdung als Symptom der Belastungsphase:

JD: Manche Therapeutinnen beschreiben so was wie: Ich weiß so viel über das Schlechte in der Welt, ich fühle mich entfremdet von anderen Leuten, die das nicht wissen.

IP11: Das war mal, das ist aber nicht mehr so.

JD: Gab es mal eine Phase, wo Sie das kannten?

IP11: Also, in dieser .. Krisenphase, die ich schon genannt habe.

Andere Kolleginnen beschrieben überdauernde Veränderungen in ihrem sozialen Bezug, die sie jedoch nicht generell als Entfremdung und Rückzug empfanden:

IP7: Ja, das ist mehr auseinander gefallen. Dass ich das schon intensiver erlebe, dass ich mich mehr einlassen kann, aber auch stärker abgrenzen. Ja, man hat eine andere Weltsicht, es gibt praktisch kein Thema was ich nicht anders sehen würde, und daraus ergibt sich natürlich auch, dass ich mich mehr verbunden fühle mit Freunden...ich habe schon das Gefühl: Ich bin anders als die anderen. Dass mich zum Beispiel auch diese Erkenntnisse trennen, und dass diesseits der Grenze die Beziehungen auch intensiver werden. Es bleibt einem auch gar nichts anderes übrig, man rückt dann näher zusammen.

IP13: Ich bin, glaube ich, insgesamt skeptischer geworden was Menschen angeht, was das Beurteilen von Menschen angeht. Auch was Menschen darstellen. Weil ich mehr in Kontakt gekommen bin mit anderen Seiten, die Menschen haben können. Und das läuft immer schon ein Stück so als Faden auch mit, wenn ich Menschen sehe oder Menschen begegne. Auf der anderen Seite habe ich so persönliche Freundschaften, oder die Erfahrung von persönlicher Vertrautheit, die habe ich mehr und mehr schätzen gelernt. So dass das eben da auch, auch diese Skepsis der Welt gegenüber, auch die würde ich gar nicht mal sagen, dass ich die als negativ erlebe, ich glaube das ist o.k. Und die andere Seite das ist natürlich auch positiver, dass persönliche Freundschaften, persönliche Beziehungen mehr Gewicht bekommen haben.

JD: Wir haben vorhin schon von dieser fundamentalen Entfremdung gesprochen. Würden Sie sagen, auf der Ebene hat sich was verändert bei Ihnen, dauerhaft?

IP13: Manche Dinge sind mir irgendwie egal geworden, so also, dass ich mich in manche Lebensbereiche nicht mehr so ungezwungen reinbegeben kann. Aber ich würde nicht sagen, dass es eine dauerhafte Entfremdung ist, nein, das würde ich nicht sagen. Also, ich glaube schon, dass mir manchmal Menschen mit komplizierten oder mit gebrochenen Lebensläufen näher gekommen sind oder manchmal näher sind als so Menschen, die so ganz straight durch das Leben gelaufen sind und zu manchen Erfahrungen so gar keinen Zugang bekommen. Da merke ich eher, dass es mir dann immer schwer fällt mit Menschen zusammen zu sein oder dass mir das eher fremder geworden ist.

Gut und Böse

Drei der befragten Therapeutinnen nahmen die Dualität von Gut und Böse anders wahr als zu Beginn ihrer traumatherapeutischen Arbeit. Sie wiesen nun eine Trennung dieser beiden Qualitäten zurück. Da sich für sie diese Dualität auch in Bezug auf ihre Klientinnen nicht weiter aufrechterhalten ließ, waren sie jedoch auch mit Fragen nach der Loyalität konfrontiert: Eine Arbeit ausschließlich mit Opfern von Gewalt ist so nicht mehr möglich:

IP6: Diese Aufhebung von Gut und Böse, funktioniert nicht mehr. ...Zumindest so wie ich politisch gearbeitet habe, war das ganz klar, wer die Bösen sind. Ich würde nicht behaupten, wir hätten jetzt gesagt, wir sind die Guten. Aber im Prinzip haben wir uns so gefühlt. Die Frauenbewegung ist ähnlich angetreten. Die Frauen sind ein Stück weit die besseren Menschen und die Männer sind die Täter - haut ja auch nicht hin. Und das hat sich schon verändert. Oder, dass ich immer gesagt habe, ich arbeite nie mit Tätern und Täterinnen, und tue es aber. Und merke selber, dass ich das nicht so trennen kann. Auch dieses Opfer-Täter-Schema funktioniert ja nicht wirklich. Und das finde ich auch spannend, so mitzukriegen, wie ich mich da auch verändern kann. Oder dass ich wirklich so eine Nähe mit jemandem haben kann, die ich vorher total abgelehnt hätte die Person, und gesagt hätte „Wie kann die nur?“.

IP7: Ja, was ich früher eher so dahin geplappert habe, das erlebe ich heute mehr. Nämlich dass wir alle unter bestimmten Bedingungen, zu sehr vielem fähig sind. Dass das Gute im Menschen oder das Böse im Menschen abrufbar sind.

IP11: ... also, jetzt bin ich gerade im Moment in der Phase, früher hab ich mehr die Opferseite gesehen, jetzt wird mir immer klarer – dass bei allen die Täterintjekte dahinter stehen – und dass viele Therapien besser laufen, merk ich jetzt, wenn man die rauspult – und damit arbeitet und die mit ins Boot holt, und das hat natürlich auch ein Blick darauf verändert, dass wir selber alle – ich auch – solche unangenehmen Seiten haben. – Und wie man damit umgehen kann. Und es hat mich vielleicht auch ein bisschen nachsichtiger gemacht. Mit dem Bösen, da bin ich noch nicht fertig, da hab ich noch keine klare Position.

Sinn der therapeutischen Arbeit

Die meisten Kolleginnen beschrieben auch ihren Glauben an den Sinn der therapeutischen Arbeit als unverändert. Einige Therapeutinnen beschrieben jedoch Veränderungen, die das Ausmaß der erzielbaren Veränderungen bei den Klientinnen betreffen:

IP6: Ja. Du kannst nicht soviel machen. Also, zum Beispiel, die da rauszukriegen... Ich bin da sehr skeptisch, ob das überhaupt geht, funktioniert.

JD: Und auch da wieder die Veränderung, da skeptischer zu sein. Ist das eher gut oder eher schlecht für Dich?

IP6: Für mich persönlich würde ich sagen, ist es schlecht. Eben, weil es auch wieder dieses Stück Hoffnungslosigkeit heißt... Für meine Arbeit ist es gut, weil das heißt, ich muss da nicht alles reingeben, weil es hat einfach Grenzen. Und ich kann mich hier auf den Kopf stellen, ich kann's aber auch sein lassen.

IP9: Und auch Prognosen bei Klienten ein bisschen realistischer zu machen. Natürlich bearbeiten wir erfolgreich dieses Trauma, aber meistens ist es nur die Spitze eines Eisberges, und dahinter stecken noch so viele Dinge. Aber dass man erst mal so eine Art Lebensfähigkeit wieder herrichten kann und sagen kann, jetzt funktioniert es, jetzt fühlt der Mensch eine neue Qualität. Das ist dann schon gut, aber davon lasse ich mich auch nicht mehr täuschen. Da haben wir vielleicht vor zehn Jahren noch geglaubt, das ist eine Heilung, und das ist doch wohl schwieriger. Es gibt also kleinere Brötchen, aber die schmecken besser.

Zwei Kolleginnen beschrieben wechselhaftes Zutrauen in den Sinn der geleisteten Arbeit. Hier wurde das Zweifeln daran jedoch eher als Symptom der Belastungsphase beschrieben, bei unveränderten überdauernden Schemata:

JD: Wie sieht es aus mit der Freude an ihrer Arbeit – hat sich da was verändert über die Zeit?

IP8: Nein, das ist unverändert.

JD: Und der Glaube, was bewirken zu können?

IP8: Auch, ja. Es gibt da auch immer mal so zwischendurch Phasen, aber das hat etwas mit dem, was wir eben besprochen haben auch zu tun. Wenn man denkt:

„Was machst du eigentlich für Blödsinn“, oder: „Das bringt doch alles nichts“, also, auch solche Gedanken spielen dann eine Rolle. Auch so abwertende Gedanken, oder so entwertende Gedanken.

JD: In so Phasen, wo Sie belastet sind?

IP8: Ja. Aber das sind nur kurze Zeiten, Momente, aber im Großen und Ganzen würde ich sagen, hat sich da nichts verändert. Das ist also unverändert geblieben.

IP11: Na ja, es gab ja einmal diese Zeit, wo ich dann dachte, es hat alles keinen Sinn! Ja... Und jetzt denk ich schon. Also. Das ist nicht viel, aber bei denen, die dazu in der Lage sind, und das auch möchten...

Zwei andere Kolleginnen beschrieben zwar eine weiterhin anhaltende Befriedigung in der konkreten therapeutischen Arbeit, jedoch eine zunehmende Resignation ob der äußeren Bedingungen der Arbeit:

IP13: Das läuft so in Phasen. In der ganz konkreten Arbeit hier habe ich weiterhin das Gefühl das ist eine positive Arbeit, wo ich viel Rückmeldung bekomme auch, dass wir mit unseren Ansätzen Menschen helfen können. Und dass da auch eine Menge Dankbarkeit zurückkommt und das erlebe ich als sehr befriedigend. Das ist auch etwas, was mir hilft, gut bei der Arbeit zu bleiben. Und es gibt bei manchen Patienten, wo ich so merke, dass die auch so an institutionellen Dingen scheitern, ob das jetzt nun Opferentschädigungsgesetz ist oder ob das Gerichtsverfahren sind oder wo ich auch merke, wo die sich ganz schwer tun mit reduzierten Lebensentwürfen zurechtzukommen und da auch verbittert werden und wo ich dann auch manchmal denke das kann ich auch verstehen, dass die so bitter werden. Und wo ich auch denke da sind politische Aktivitäten notwendig und geht über das hinaus was ich bisher überhaupt auch machen konnte. Da packt mich dann manchmal auch schon so eine Resignation wo ich denke „Oh, da müsste eigentlich mehr passieren, aber ich weiß noch nicht so richtig wie“, oder, dass ich auch so hin und her schwanke zwischen: „Jetzt lass Dir mal was einfallen“ und „Ich kann doch nichts machen“. Da gibt es beide Seiten.

4.2.13 Posttraumatic growth

Auch wenn eine Differenzierung zwischen als positiv erlebten Schemaakkommodationen einerseits und positiven Persönlichkeitsveränderungen andererseits schwierig ist, sollen doch im

Folgenden einige Zitatbelege angeführt werden, die im Sinne des Konzeptes des *posttraumatic growth* als ein positives Resultat der erlebten Sekundären Traumatisierung verstanden werden können:

IP7: Anders als früher. Mir ist klarer geworden wie fragil, zerbrechlich unsere Realitäten sind. Also, ich habe so das Gefühl, mir ist bewusster geworden, wie schnell Glück zerbrechen kann. Und dadurch kann ich es viel stärker genießen. Das ist eher positiv insgesamt. Ich habe eine ganz andere Gefühlstiefe gekriegt und ich erlebe das gerade jetzt durch eine neue Beziehung. Das wäre bis vor fünf Jahren so in dieser Weise nicht vorstellbar gewesen.

IP9: Ja, ich bin sehr davon überzeugt, dass ich ehrlicher, offener, direkter geworden bin.

IP13: Ja. Das hat, glaube ich, auch einiges verändert in dem wie ich lebe, wie ich meinen Tag gestalte, wie ich Prioritäten setze. Das hat sich verändert im Hinblick darauf, im Jetzt leben, den Moment genießen. Ich freue mich über jeden geglückten Moment, jeden geglückten Tag, und das läuft natürlich so parallel, natürlich, das andere läuft auch alles weiter, also Lebensplanung oder Zukunftsvorstellungen, aber es ist eine stärkere Bewusstheit dafür da, dass das auch ein sehr sensibles Geschehen ist, wie sensible auch der Moment ist, der sich ganz schnell verändern kann. Und es ist nicht so, dass ich da ständig daran denke, aber das Bewusstsein ist vielleicht mehr da.

JD: Würden Sie sagen, das ist eine Veränderung, die Sie selber eher als positiv oder als negativ erleben?

IP13: Ja, ich erlebe es mehr als positiv.

4.3 Ergebnisse der Interviews mit Supervisorinnen

Neben den Betroffenen wurden auch sechs Supervisorinnen interviewt, die auf die Supervision traumaspezifischer Therapien spezialisiert sind und zum Teil in der Aus- und Weiterbildung von Traumatherapeutinnen arbeiten. Auch die Supervisorinnen wurden anhand eines Leitfadens interviewt, der auf der Basis der bestehenden Theorie und Empirie der Sekundären Traumatisierung entwickelt wurde (s. Anhang A4). Sie wurden hinsichtlich der Prävalenz, Ätiologie und Symptomatik der Sekundären Traumatisierung befragt. Die Ergebnisse dieser Interviewstudie sollen ebenfalls verdichtet dargelegt werden. Einzelne Passagen werden jedoch ausführlicher zitiert, da sie neben den Beschreibungen auch Hinweise für eine Theorie der Sekundären Traumatisierung enthalten, wie sie im Verlaufe dieser Arbeit entwickelt werden soll.

4.3.1 Prävalenz der Sekundären Traumatisierung

Bei der Frage nach der Prävalenz zeigte sich, dass die Supervisorinnen ein Vorverständnis von Sekundärer Traumatisierung als typischer Traumafolgestörung haben, so wie es in den Theorietexten beschrieben wurde. Dementsprechend legen einige Supervisorinnen die PTSD-Diagnose als Vergleichsmaßstab zu Grunde. Belastungen, die weniger als vier Wochen andauerten oder nicht das Vollbild der PTSD umfassten, wurden dementsprechend als akute Belastungsreaktion bzw. als subklinische Ausprägung beschrieben. Die Supervisorinnen scheinen sich jedoch einig darin zu sein, dass es regelmäßig zu diesen berufsbedingten Belastungsphasen kommt. Diese können je nach Resilienz und Copingfähigkeiten eingedämmt werden. Gelingt dies nicht, so entwickelt sich eine stark beeinträchtigende Symptomatik:

S1: Es kommt vor, ich glaube es kommt auch regelmäßig vor. ... Bei den anderen Fällen war es mehr so, dass ich gemerkt habe, es geht den Kollegen nicht gut, es gibt eine depressive Verstimmung, und wo dann über das Regulieren von Therapie diese Symptome dann auch wieder nachließen. Bei zweien würde ich sagen, da

waren wirklich gravierende Symptome mit Krankheitswert, bei den anderen würde ich sagen, eher eine Subform, wo dann auch durch Regulation was zu verändern war.

S4: Dass sie mal im Laufe der Arbeitsphase so etwas erleben? Mehr als fünfzig Prozent. Ich glaube, dass wir eher alle irgendeinen Preis zahlen für diese Art von Arbeit auf Dauer, und man eher sehr viel tun muss, sich vor einem richtig klinischen Bild sich zu hüten oder wenn man mal drin war, da wieder raus zu kommen. Ich sage oft „Erwarten Sie es gerade zu, dass es passiert, und nicht, dass es nicht passiert“.

JD: Würden Sie sagen, das ist eher das Normale?

S4: Ja. Ja, es ist zumindest normal, dass es Phasen gibt wo wir sehr stark belastet sind. Und wo es zumindest droht. Das auf jeden Fall, das glaube ich haben alle über kurz oder lang. Aber ich denke, jeder zweite muss auch schon durch Phasen durch von echter Sekundärtraumatisierung.

S5: Die gibt es regelmäßig. Die Frage ist, wie lange die dauert, aber dass es die regelmäßig gibt...das habe ich schon sehr häufig mitgemacht, die Frage ist nur, wie stark sich das dann auswirkt. Also, wenn das über Monate geht, dann ist das eine andere Sache als wenn es ein paar Wochen ist.

JD: Würden Sie denn sagen bei Leuten, die mit traumatisierten Menschen arbeiten ist das fast normal, dass man das bekommt, oder trifft es die Hälfte oder nur einen kleinen Teil?

S5: Nein, ich meine es ist natürlich so, dass wir wissen in der Zwischenzeit, überhaupt mit Traumatisierten zu arbeiten, ist traumatisierend. Welche Auswirkungen es hat ist ja noch eine ganz andere Sache, ob es wirklich zu einer Sekundären Traumatisierung kommt oder nicht. ...Das ist eben dann zu gucken und ob es anhaltend ist oder einfach einen Moment dauert, das ist auch zu untersuchen. So, was ich mitgemacht habe, ist das eigentlich immer wieder, dass es alle betrifft, die Frage ist, in welchem Ausmaß.

S6: Also, ich denke, als Psychotherapeutin aber auch überhaupt als Ärztin oder Arzt ist man immer in Gefahr, sekundärtraumatisiert zu werden. Und das bedeutet nicht, dass man auf jeden Fall eine Traumastörung entwickelt, aber dass man eine Traumatisierung erlebt. Und da muss man eben lernen, die zu bewältigen, und es gibt Kollegen, der Prozentsatz - ich meine es wären sogar mehr als in der Durchschnittsbevölkerung, die dann eben entsprechende sekundäre

Traumatisierung entwickeln. ...aber eben ein bestimmter Prozentsatz eine PTBS, eine sekundäre PTBS bekommen.

4.3.2 Erste Anzeichen

Da es die Aufgabe der Supervisorinnen ist, eine beginnende Sekundäre Traumatisierung in den Supervisionssitzungen festzustellen, war von besonderem Interesse, woran sie belastete Kolleginnen erkennen bzw. wonach sie fragen, um eine entstehende Belastung einschätzen zu können:

JD: Wie äußert sich Sekundäre Traumatisierung am ehesten?

S1: Na, ich denke in Intrusionen, in depressiver Verstimmung, sozialem Rückzug, sehr viel Beschäftigung mit den Patienten über das professionelle Maß hinaus, ja, schon das ganze Spektrum der PTSD, auch Sucht, vermehrter Alkohol.

S4: Wo wir merken, Alltagsdissoziationen häufen sich, so Trancezustände, dass man so wie zwischen sich und der Welt so einen Vorhang hat, so diese Vorstufen. Dass man nicht mehr weiß, wie man es so richtig vom Leibe kriegen soll, spürt aber, dass man arg belastet ist. Oft sind es indirekte Zeichen. Wenn Kollegen immer beratungsresistenter werden, immer schneller, immer forcierter werden. Das ist mir oft ein Zeichen, wenn Pausen eher vermieden werden, wenn das so was Suchtartiges bekommt, sich in der Arbeit zu versenken und man hat keine Zeit für Psychohygiene, keine Zeit für Freizeit, keine Zeit für Pausen. Das ist für mich ein wichtiges Anzeichen. Natürlich auch, wenn sich die Krankheitsphasen häufen, Immunsystem deutlich beeinträchtigt ist. Dass man manchmal so eine Verzweiflung bekommt, so gesamtgesellschaftlich gesehen. Oder, dass das Gefühl ist eigentlich wird das alles nur immer schlimmer, also wenn man diesen Tunnelblick bekommt. Ich glaube, das ist ein Warnzeichen, ein deutliches, dass man gucken muss vielleicht die Perspektive zu verändern, denn wir tun eigentlich sehr viel Gutes und wir sind für die Betroffenen ja diejenigen die sie aus dem Schlamassel holen. Deswegen können wir uns eigentlich so eine Sicht nicht leisten. Aber wenn man das bekommt, dann kann man manchmal nicht so recht was dagegen tun, außer es zu registrieren und zu sagen „Ui, was ist los?“

S6: Vor der Traumastörung gibt es ja eben diese Belastungsreaktion, dass ist ja auch noch keine Störung, und das wäre eigentlich der Punkt, wo man dann eigentlich schon die Kollegen ansprechen müsste. Es sind die gleichen Symptomatiken, dass man eben abwechselnd intrusiv und vermeidend verarbeitet.

So wie man es eben von normalen Traumastörungen ja auch kennt. Und da könnte man eben auch entsprechende Erleichterung finden, wenn man darauf geeicht ist. ... Also, ich denke im Wesentlichen sind es dieselben Symptomkomplexe die die Patienten auch haben, also, ich würde sagen: Hypervigilanz, Vermeidungsverhalten und intrusives Verarbeiten. Das intrusive Verarbeiten ist bei den meisten Therapeuten zuerst da.

4.3.3 Parallelen zur Symptomatik der primären Traumatisierung

Wie oben schon beschrieben, sahen die meisten Supervisorinnen eine enge Parallelität zwischen primären und sekundären Traumasymptomen. Dementsprechend beschrieben sie Beispiele aller drei Symptomcluster der PTSD. Diese sollen hier verkürzt belegt werden, da sie sich mit den Beschreibungen der Betroffenen decken:

Hyperarousal

S4: Sie sind übererregt. Sie werden ärgerlich, schnell auf hundertachtzig, sie streiten sich schneller, sie haben mehr Krach mit ihren Angehörigen, Schlafstörungen. Ob Schlaflosigkeit, oder schlecht einschlafen und nicht durchschlafen – das ist schon öfter. Es gibt auch so dissoziative Phänomene, die vermehrt auftreten können, dass man vergesslicher wird, zerstreuter ist, Konzentrationsprobleme kriegt.

S6: Und zusätzlich kommt eben als Zeichen von Hypervigilanz eine erhöhte Reizbarkeit, Konzentrationsstörungen und, ja, Nervosität.

Vermeidung

S4: Ich muss mal so durchgehen, was ich davon im Laufe der Zeit so alles kennen gelernt habe...den sozialen Rückzug, dass Leute das Gefühl haben, also positiv kann man sagen: Partygeschwätz lässt sie kalt, und belanglose Plaudereien können sie nicht mehr ertragen. Im Negativen kann man sagen, sie können sich gar nicht mehr entspannen, sie können gar nicht mehr harmlos andere Dinge tun, witzig sein, sind überwiegend mit dem Ernst dieser Traumata der Patientinnen beschäftigt, und mit dem Thema sehr befasst. Von daher gibt es da auch so Dinge wie, ich kann mich nicht mehr richtig freuen. Dass man das Gefühl hat, ich kann nicht mehr so gut Reize ertragen und zieht sich dann von Außenreizen zurück. ...Oder auch, ich will

keine Sexualität mehr haben, ich ziehe mich so aus NÄhen zurück, das es so was gibt.

Intrusion

S4: Also Wiedererlebenssequenzen, sehr viel auf der Bildebene, ich kriege das Bild nicht mehr los. Sie haben Albträume, sie sehen die Bilder auch in Nischen ihres Alltags plötzlich, sie können die nicht mehr loslassen.

JD: Sie haben gerade die Bilder schon angesprochen. Was berichten die Kolleginnen für Bilder – das, was die Klientin erzählt hat oder eine eigene Phantasie?

S4: Soweit ich das mitbekomme, sehen sie das, was sie glauben, was die Klientin gesehen hat. Sie gehen eher in die Identifikation mit dem Opfer.

S6: Das intrusive Verarbeiten ist bei den meisten Therapeuten zu erst da. Und das äußert sich darin, dass man eben die Patienten mit nach Hause nimmt, dass man ihre Geschichten im Kopf noch hört oder sieht, dass man bestimmte Ideen mit nach Hause nimmt, dass man plötzlich merkt, dass man viel über Kulte oder so etwas nachdenkt, oder über andere Verbrechen in der Welt. So intrusive Verarbeitungsweisen sind immer ein Zeichen, dass einem entweder ein Fall zu schwer ist oder aber die Arbeit zu viel ist. Und das sind meiner Meinung nach schon schwerere Formen. Die gehen oft auch mit Schlafstörungen und Albträumen einher. Also viele Therapeutinnen träumen von ihren Patientinnen oder von den Inhalten, die sie erzählt bekommen haben.

4.3.4 Symptome depressiver Verarbeitung

Die betroffenen Kolleginnen beschrieben depressive Symptome, die den drei Kategorien *Energiemangel*, *Hoffnungslosigkeit* und *Suizidalität* zugeordnet wurden. Auch die Supervisorinnen berichteten von diesen Veränderungen:

Hoffnungslosigkeit

S4: Manche erkenne ich auch daran, dass die depressive Symptomatik ganz deutlich hervorsticht, also alles taugt nichts, alles bringt nichts, habe ich alles schon versucht – Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung. Wenn sie sehr stark entwertend über Patienten sprechen, so einen Berufszynismus haben, wo sie ihre Klientel sehr

stark entwerten, dass ist meistens auch ein Zeichen für so etwas. ...Das ist ja häufig. So dieses, dass der Sinn im Leben verloren geht, dass man so mit der Spiritualität hadert, dass man sagt, es kann doch keinen guten Gott geben, wie könnte der das zulassen, dass man denkt, das Leben hat keinen Sinn, was soll das Leben denn für einen Sinn haben, wenn diese furchtbare Gewalt und dieses furchtbare Entsetzten in der Welt ist – also, das ist schon erheblich. Wenn es bis zu diesen Sinnfragen geht, aber es kann auch sein, dass man fassungslos ist, dass man das nicht begreifen kann... dass das auch so eine Art Abwehr ist, ...dass der Schmerz nicht gefühlt werden soll. ...Und man kann es sich auch selbst vom Leibe halten, indem man stattdessen hadert, kognitiv. Ich halte das für eine Abwehr.

Energiemangel

S4: Man verliert die Lust an der Arbeit, man hat das Gefühl man hat alles schon gesehen, alles schon gehört, es ist alles Routine. Man merkt, man erholt sich nicht mehr so gut von der Arbeit, man braucht mehr als das Wochenende, oder mehr als die Erholungstage, die man hat. Einfach Erschöpfung und eine Veränderung der Sicht auf die Arbeit, dass es nicht mehr so viel Spaß macht, sondern eher was Belastendes ist.

S6: Und dann kann es sein, dass sich eben eine allgemeine Erschöpfung, Anhedonie, Freudlosigkeit, dass man an nichts mehr richtig Spaß hat, dass man dabei sitzt bei irgendwelchen Familienfeiern und denkt „Was will ich eigentlich hier?“

Suizidalität

S1: Also, ich sage mal bei einer Kollegin war es dann so, dass sie suizidal wurde. Wo ich gemerkt habe, da muss jetzt wirklich gravierend was passieren. Das war der extremste Fall, wo ich am meisten Sorgen kriegte um die Kollegin.

S3: Also, die Suizidalität unter Kollegen ist ja eh relativ hoch und ich denke, im Traumabereich kommt da noch einiges drauf.

4.3.5 Suchtverhalten

Auch das Suchtverhalten, das von den Betroffenen beschrieben wurde, nannten die Supervisorinnen als ein relativ häufig auftretendes Symptom.

Zudem wurde es von einer Supervisorin als ein mögliches Anzeichen einer sich entwickelnden Sekundären Traumatisierung benannt, das bei ihr zu besonderer Aufmerksamkeit führt:

S4: Ja, dann gucke ich da immer noch mal genauer hin. Wenn Leute entsprechend aussehen, Tränensäcke, wenn sie so ein bisschen aufgedunsene Haut haben und ich denke, sie trinken vielleicht ziemlich viel oder nehmen viele Medikamente.

4.3.6 Parapsychotisches Bedrohungserleben

Auch die neugebildeten Symptomkategorien *Sicherheitsverhalten* und *Parapsychotisches Bedrohungsgefühl* konnten auf die Analyse der Interviews mit Supervisorinnen übertragen werden und werden deshalb im Folgenden nur beispielhaft mit Zitaten belegt. Diese Symptome treten den Supervisorinnen zufolge regelmäßig auf:

Sicherheitsverhalten

S4: Auch Bedrohungsgefühle abends alleine, dass so vermehrt ein Sicherheitsbedürfnis so da ist. ...Sie schließen sich abends vermehrt ein oder sonstige Angstsymptome. ...Ja, das kann schon dazu führen, dass man noch ein zusätzliches Schloss einbaut, oder, dass das Auto nachts nicht auf der Straße gelassen wird, dass sie schon das Gefühl haben, sie müssen mehr auf ihre Sicherheit achten als andere Leute.

Parapsychotisches Bedrohungsgefühl

S4: ... Insbesondere bei ritueller Gewalt oder bei fortgesetzter Gewalt auf Seiten der Klientinnen, Drama grande! Die Klientinnen können oft natürlich viel besser dissoziieren als die Therapeutinnen. Und das ist auch etwas, was ich den Kolleginnen oft deutlich machen muss: Was sie unaushaltbar findet, hält die Klientin aber noch eine Weile aus, weil die das schon ewig aushält, weil sie das abspaltet. Und wenn diese vielen unterschiedlichen Informationen und Bilder bei der Kollegin zusammen kommen im Kopf und die aber nicht so gut dissoziieren kann, dann bricht die zusammen. Während die Klientin noch eine Weile dissoziiert. Und dann kommt die Kollegin – ich habe das schon gehabt, dass Kolleginnen die Praxis aufgeben mussten oder selber in eine Klinik mussten, weil sie sich plötzlich - dann waren die

Täter plötzlich überall, alle gehörten dazu, und die konnten sich richtig in psychosenahe oder richtig psychotische Geschehen....ich weiß zwei Fälle, wo Kolleginnen sich in eine Psychose hineinbegeben haben. Das waren nicht paranoide Phantasien oder eine psychotische Verarbeitung, aber es gibt dann Kolleginnen, die ganz massive Verfolgungsphantasien kriegen. Das ging dann richtig in eine Psychose und die mussten richtig in eine Klinik.

S6: Ja, das Gefühl von Bedrohung ist aber nicht paranoid. Das ist genau das Gefühl was die Patienten haben. Die Patienten haben dieses Gefühl, haben das in ihrer Kindheit, in ihrem ganzen Leben gehabt, und man arbeitet mit denen und das kommt genau als Bedrohung an, mit allen Fasern ihres Körpers nehmen sie das auf, dieses Bedrohungsgefühl, und obwohl sie wissen es gibt jetzt gerade keine Bedrohung, ist das natürlich. Viele Klienten agieren das auch in Beziehung aus. Die lassen den Therapeuten spüren, sehr oft, weil sie selber das eben auch noch nicht explizit wissen, was ihnen angetan wurde. Und deswegen ist das, würde ich das nicht als paranoid bezeichnen, das ist vielleicht: Die reagieren dann weniger in Richtung depressiv, sondern eher aggressiv und paranoid, aber das ist dasselbe. Also nicht das Gefühl, dass man wirklich bedroht ist, aber dass es so sein kann, dass die Realität, die an die wir glauben und die wir haben und die auch gemeinsamer Konsens ist von uns Menschen, dass es die eigentlich nicht gibt.

4.3.7 Auswirkungen auf die Sexualität

Auch die Beeinträchtigung der Sexualität durch mangelnde Entspannung oder durch intrusives Erleben wurde von den Supervisorinnen bestätigt:

S6: Und bei sehr vielen Therapeuten ist Sexualität, gerade eben bei Patienten mit sexuellem Missbrauch, ist der Bereich der Sexualität betroffen, d.h. man wird die eigenen inneren Bilder überhaupt nicht mehr los oder aber, man lehnt dann Sexualität ab, wenn es ins Vermeidungsverhalten hineingeht.

4.3.8 Entgrenzung

Die in der Bearbeitung der Interviews mit Betroffenen entwickelte Kategorie der Entgrenzungssymptomatik wurde von den Supervisorinnen bestätigt:

S3: Was ich meistens erlebe ist eine Faszination von dem Schrecklichen. „Mein Gott, das ist ja so schlimm, das darf doch gar nicht wahr sein“. Das heißt also, wenn die eigenen Wertungen kommen, und dann wird es dysfunktional.

Eine Supervisorin entwickelte zudem eine Ätiologiehypothese, die im folgenden Zitat beschrieben wird:

S4: Wenn Kollegen immer beratungsresistenter werden, immer schneller, immer forcierter werden. Das ist mir oft ein Zeichen, wenn Pausen eher vermieden werden, wenn das so was Suchtartiges bekommt, sich in der Arbeit zu versenken und man hat keine Zeit für Psychohygiene, keine Zeit für Freizeit, keine Zeit für Pausen. Das ist für mich ein wichtiges Anzeichen. ...Das ist was, was ich an Leuten, die als Klientinnen da sind, auch sehe. Flashback kann suchtartig passieren, ähnlich wie Selbstverletzungen suchtartig passieren können. Von dem Stoffwechsel her wissen wir, die Leute mobilisieren ihr letztes Adrenalin, Noradrenalin, Serotonin, Endorphin – der Körper ist erschöpft, ware-out, und was man macht ist, dass man sich heiße Reize besorgt, d.h. tendenziell noch mehr desselben. Und dann wird man immer schneller, immer intensiver, immer heißer muss es werden, immer doller, damit man überhaupt noch das Gefühl kriegt: Am Ende wartet so was, wie wohlige Erschöpfung, oder „Ich habe gut gearbeitet“, oder „Jetzt habe ich was geschafft“, oder „Jetzt habe ich es hinter mir“ auf mich. Da gibt es diesen Katharsisfaktor, den auch Klientinnen haben, wenn sie so Flashbacks haben. Dass sie dann denken, ich muss da immer durch und am Ende wartet eine Erschöpfung, da kriegen sie einfach nur einen Endorphinkick, aber sie denken, das hat ihnen gut getan. Und dann wandern sie zur nächsten Therapeutin und erzählen wieder. Und so ähnlich ist das auch – im Grund kann man das ja auch als eine Stressstörung bezeichnen, die Sekundärtraumatisierung – das man sagt, noch mehr und noch mehr, damit holt man sich den Restkick aus dem Körper und für die Psyche. ... Die Kolleginnen arbeiten je mehr sie fertig sind, desto mehr arbeiten sie, das ist ganz merkwürdig. Das ist als ob sie... je fertiger sie sind, desto schneller werden sie, desto weniger Pausen machen sie. Da kann man sie manchmal wirklich nur am Schlafittchen packen und da muss das oft die Partnerin, Freundin, Kollegin, Supervisorin muss das machen. Zu sagen: „Du hörst jetzt auf, du setzt dich jetzt hier hin“. Das ist richtig wie mit einem Süchtigen arbeiten, wenn das schon im fortgeschrittenen Stadium ist.

4.3.9 Auslöser, Risiko- und Schutzfaktoren

Auch die Supervisorinnen wurden bezüglich potenzieller Auslöser bzw. Risiko- und Schutzfaktoren befragt. Ähnlich wie die Betroffenen selbst beschrieben sie personeninterne und personenexterne Bedingungen der Ätiologie der Sekundären Traumatisierung

Distanzierung und peritraumatische Dissoziation

Die innere Haltung bzw. der eigene Zustand der Therapeutin während der Traumakonfrontation wurde von allen Supervisorinnen als wesentlicher Schutz- oder aber als Risikofaktor beschrieben, in Abhängigkeit von der Kontrollierbarkeit. Zunächst wurde eine Distanzierung von dem emotionalen Erleben der Klientin als hilfreich bewertet:

S4: ...oder dass man einen Teil von sich gezielt abspaltet, der in eine Beobachterposition geht. Ich glaube, in der Traumarbeit ist das unerlässlich, so etwas zu tun. Da ist es immer wichtig, dass wir einen Teil von uns auch gezielt – wie so eine andere Kameraposition – gezielt in so eine Beobachterposition gehen lassen und draufschauen. ...Die Form von Alltagsdissoziation oder Bewusstseinsveränderung, die ich meine, die notwendig ist, um sozusagen verschiedene Kamerapositionen zu etablieren. Ein Teil von mir ist ganz empathisch, ein andere Teil von mir geht in eine Beobachterposition und guckt, was machen wir da gerade. Dann reaktiviere ich was sie letztes Mal und vorletztes Mal erzählt hat, dann mache ich mir meine eigenen Theorien, wie will ich weitermachen, Behandlungsstrategien, ich strukturiere den Prozess mit. Aber, das ist ja nicht echte Dissoziation. Sondern das ist eine Bewusstseinsveränderung, wie eine Meditation, ich nehme hier etwas wahr und dann nehme ich da etwas wahr.

S6: Aber, wenn ich jetzt Dissoziation steuern kann, wenn ich weiß, da kommt jetzt was und das erinnert mich an meine eigene Geschichte – wenn also ich in dieser Situation da sitze und Dissoziation selber geplant einsetze, in dem ich z.B. eben so eine Externalisierung, also dass ich die Seele aus dem Körper schicke, oder nur zuhöre, oder um mich herum die Engel und Weisheitswesen aufreibe, das sind Formen von therapeutischer Selbsthilfe und von therapeutischen Strategien, die wirklich sinnvoll sind an der Stelle. Das ist auch dann, wenn eben die Traumakonfrontation geplant stattfindet, ist es wichtig sich zu schützen. Und dabei ist der Unterschied nicht, dass man dissoziiert ist, sondern ob die Dissoziation anfallsartig wie bei Patienten auch über sie gekommen ist und nicht steuerbar ist, oder ob die Dissoziation eingesetzt werden kann als Hilfsmittel.

Wo diese Distanzierung jedoch nicht bewusst angesteuert und kontrolliert werden kann, sondern eher der peritraumatischen Dissoziation von Traumaopfern ähnelt, wurde sie von den Supervisorinnen als ein möglicher Risikofaktor etikettiert:

S4: Wenn das aber eine echte Dissoziation ist, d.h. ich hätte einen Mangel an Integration, ich würde in einen depersonalisierten Zustand gehen müssen – das ist schlecht. Dann habe ich eine echte Spaltung, die ich selber nicht integriert habe, einen Mangel an Integration durch eine eigene Traumaerfahrung, und würde die immer wieder nutzen. Damit würde ich meinen eigenen Mangel an Integration aufrechterhalten. Und ich glaube, manche Kolleginnen tun das. Die dissoziieren innerhalb der Sitzung, halten das für gesund, auf eine Art wo sie aber ihre eigenen ehemaligen Spaltungsmechanismen, z.B. in der Familie, wenn sie immer ein Stück depersonalisiert sein mussten, „macht mir alles gar nichts aus, ich gucke hier wie alle drauf sind“ und dieser Teil, dieses Teil-Ich benutzen sie dann auch in der Therapie. Und das ist nicht das was ich meine.

JD: Und das hielten Sie auch für riskant?

S4: Das halte ich für riskant. Wenn das echte Spaltungsphänomene sind, die die Leute von früher mitbringen, weil sie damit ihren eigenen Integrationsprozess blockieren. Sie nutzen oder vielleicht sogar reißen weiter auf – es gibt ja etliche Kolleginnen, die erzählen, dass sie automatisch wegdriften, „Und dann bin ich weg und das kann ich auch“. Und dann frage ich: „Unterläuft es dir auch?“ Und wenn die dann „ja“ sagen, dann sage ich: „Das ist nicht gut. Dann benutzt du alte Abwehrmechanismen“. ... Und wenn es viel einem unterläuft, dass man wegdriftet, dass man einfach abhaut sozusagen, und plötzlich ist man abgeschaltet...

JD: Also emotional taub, wie auf Autopilot?

S4: Ja, genau. Ich glaube, das ist dann eher ein größeres Warnzeichen. Also was hast Du noch im Griff und was hast Du nicht mehr im Griff?

JD: Wenn das eine Kollegin eher häufig erlebt, dass sie unkontrolliert in so einem Zustand ist, führt das wohl eher zu Sekundärtraumatisierung?

S4: Da bin ich mir sicher, ja.

S6: Das kommt eben auf die Dissoziation an. Wenn die Dissoziation über mich kommt, so dass ich sie nicht steuern kann, dann ist das sicher ein ungünstiger Faktor. Und das wird passieren, wenn ich eben keine vernünftige Traumatherapie selber, Selbsterfahrung gemacht habe. ...Also, wenn ein Therapeut merkt, ich trete hier weg, dann sollte er schleunigst zu seinem Lehrtherapeuten oder Supervisor rennen und das mit dem besprechen.

Arbeitsstruktur

Im Gegensatz zu den Betroffenen fokussierten die Supervisorinnen auch viel auf die äußeren Bedingungen der Arbeit als Auslöser der Sekundären Traumatisierung, wie z.B. die Arbeitszeit, das Setting und die Steuerung der Klientel:

S1: Sonst meine ich, ist es viel auch die Arbeitsstruktur, dass es zu viel Arbeit oder zu wenig Unterstützung und ein Rahmen, der eine grundsätzliche Überforderung macht, wo dann wirklich die Beschäftigung mit traumatischem Material der Patienten das anstößt.

Auch das therapeutische Setting in der direkten Arbeit mit Klientinnen kann als belastend erlebt werden, wenn es nicht transparent und strukturiert genug ist:

S3: Das ist dann ja auch zu beobachten, dass die Kollegen sehr aufgeregt sind, ins Hyperarousal gehen, bis hin zu Sprachstörungen. Dass sich die Wahrnehmung einengt für das was ist, also auch Prioritätensetzung, dass sie dann furchtbar viel machen wollen und dabei dann nicht mitkriegen, was will der Patient, also dass sie vergessen Zielvereinbarungen mit dem Patienten zu machen, dass sie vergessen, Arbeitsbündnisse zu schließen. Und wenn ich beides nicht mache, dann komme ich tatsächlich auch in eine Belastung, weil ich ja dann nicht weiß, wo stehe ich in dem ganzen Prozess, und dann überbordnet es ja dann völlig, weil ja dann der Dynamik ohne Ende Raum gegeben ist, und dann kommt ein ganz unkontrollierter Schwall, unter Umständen. Das andere, was ist, ist das sie Settings bauen, was dann auch nachher in Belastungen ausartet, weil die Patienten gefrustet sind und die Aggression dann kommt, wenn das Setting nicht klar ist. Wenn ich nicht klar weiß, wo ich mit dem anderen bin und dann eben auch das Setting nicht klar strukturieren kann.

JD: Wenn ich das jetzt umdrehe – würden Sie sagen, eine Struktur, über die ich mir bewusst bin, ist ein wichtiger Schutz, um nicht belastet zu sein?

S3: Ja, genau.

JD: Weil man Ende und Anfang im Blick hat?

S3: Ja genau. Also Trauma heißt ja, ich habe den Kontext verloren. Und ich muss ja in der Therapie den Kontext schaffen. Und der schützt.

Die Steuerung der Klientel wurde von den Supervisorinnen als wichtiges Regulationsmittel benannt, um die eigene Belastung gering zu halten:

S2: Ich würde empfehlen sorgfältig zu gucken, wie hoch ist der Anteil von traumatisierten Klientinnen. Und das ist ja unterschiedlich, weil die Kolleginnen ja unterschiedlich sind und sich auch unterschiedlich viel zutrauen.

S6: Ja. Eine Steuerung der Klientel, so viel wie man eben bei guter Gesundheit verkraften kann, und das ist für jeden Menschen unterschiedlich. Wenn ich jemand bin, der zu sekundärer Traumastörung neigt, dann werde ich weniger Patienten nehmen mit schweren Traumastörungen sondern viele die ressourcenstark sind und andere Probleme haben. Man muss ja nicht immer nur das Schwerste machen als Therapeut oder Therapeutin.

Ausbildung

Die Aus- und Weiterbildung wurde von einigen Betroffenen ebenfalls als relevant beschrieben, jedoch häufiger unter der Kategorie *Coping*. Präventiv ließe sich dies jedoch sicher ebenfalls als Schutzfaktor verstehen. Die Supervisorinnen betonten den Wert der Ausbildung unter verschiedenen Aspekten: Zum einen als Möglichkeit mehr Erfolgserlebnisse und damit auch weniger belastende Therapien zu erleben. Zum anderen als Schutzfaktor, wenn therapeutische Techniken erlernt werden, die die beschriebenen Traumata externalisieren, so dass die Therapeutin nicht zu sehr mit innerem Erleben belastet wird. Als letztes wurde zudem betont, dass auch eine traumabezogene Selbsterfahrung unerlässlich ist, um sich in der Arbeit mit traumatisierten Klientinnen vor einer Reaktivierung eigener Erlebnisse schützen zu können:

S1: Zu wenig Handlungsmöglichkeiten haben, zu wenig konkrete therapeutische Techniken auch zur Verfügung haben, wie damit umzugehen und auf eine generelle Arbeitsbelastung. Dass das ein guter Nährboden ist, damit dann das Trauma durchschlagend wirkt.

S4: Die Qualifikation auch der Kolleginnen – wenn die besser wird, dann fühlt man sich sicherer. Gute Fortbildungen, gute Intervision, gute Supervision – das ist alles

unglaublich viel wert. Um sich auch zu entlasten, um auch zu sagen: Jetzt habe ich mal wieder eine andere Idee. Auch gute Traumaarbeit zu machen, wo man mit Leuten auf der inneren Bühne arbeitet, statt immer in der Übertragung zu arbeiten. Umso wichtiger ist, dass die Kolleginnen lernen früh zu sagen „Halt“. Und diese Position, die sie in der Traumatherapie eigentlich einnehmen müssen, die führt aus dieser ohnmächtigen Zeugenposition raus. Sie sind die ohnmächtigen Zeugen. Das ist eine zusätzliche Belastung. Die Klientin ist ja bei ihnen, damit die Kollegin ihr hilft, und die Kollegin wird dann überflutet von diesem Zeug und ist gleichzeitig ohnmächtige Zeugin von dem, was die andere erlebt. Das ist eine doppelte Belastung, finde ich. Die Bilder zu sehen, das Blut und alles was da an Grusel geschildert wird, und gleichzeitig sich in der ohnmächtigen Zeugenposition zu befinden. Ich sollte eigentlich eingreifen, ich sollte helfen, aber ich werde überflutet. Das ist eine sehr schwierige Position.

S6: Wichtig ist eine wirklich gute Ausbildung und Selbsterfahrung. Und zwar eine traumaspezifische Ausbildung und auch Selbsterfahrung. Sie glauben nicht wie viele Menschen ich in der EMDR-Ausbildung sehe, die da zum ersten Mal sagen „Meine Güte, ich habe jetzt zehn Jahre Therapieausbildung hinter mir, mit zehn Jahren Selbsterfahrung und Analyse, und das ist mir nie untergekommen“. Also das heißt man braucht auch Selbsterfahrung in Traumatherapie.

Vortraumatisierung

Da in den Theorietexten einheitlich die These vertreten wird, dass eine Vortraumatisierung der Therapeutin einen Vulnerabilitätsfaktor darstellt, wurde dieses Thema mit den Supervisorinnen ausführlich besprochen und soll hier auch etwas ausführlicher belegt werden. Wie schon die Interviews mit den Betroffenen nahe legten, können sowohl Vor- als auch Nachteile aus einer Vortraumatisierung erwachsen. Alle Supervisorinnen beschrieben positive Auswirkungen auf das therapeutische Handeln, wie z.B. besseres Einfühlungsvermögen, Geduld und Intuition. Sie waren sich jedoch auch darin einig, dass Vortraumatisierungen einen Risikofaktor darstellen können, wenn sie nicht integriert sind oder Parallelen zu den Traumata der Klientin aufweisen:

JD: Glauben Sie, dass eine Primäre Traumatisierung für die TherapeutInnen eher ein Risiko- oder eher ein Schutzfaktor ist?

S1: Es kommt, glaube ich, auf das Ausmaß an. Also, im Großen und Ganzen glaube ich, dass es ein großes Risiko darstellt und dass viel davon abhängt wie mit der Primärtraumatisierung umgegangen ist, oder, wie auch die Möglichkeit da gewesen ist, selber das therapeutisch zu bearbeiten. Ich glaube, dann kann das eine Quelle sein, auch sehr konstruktiv und empathisch mit Traumatisierungen umzugehen, weil man es ein Stück auch nachempfinden kann. Aber ich denke, es kann auch hochschwappen. Gerade, wenn es nicht so aufgearbeitet ist, denke ich, ist das nicht zu unterschätzen.

JD: Haben Sie eine Hypothese warum?

S1: ...und dann glaube ich auch, dass man im Rückzug oder das Numbing, also, wenn dann Dinge angestoßen werden könnten, dass dann eher die Barrieren hochkommen. Aber ich glaube, die größte Gefahr besteht eben, dass eigene Dinge angestoßen werden, eigenes traumatisches Material angestoßen wird und dann eben mit der Sekundären Traumatisierung die Primäre bewusster wird oder virulent wird.

S2: Meine Meinung ist, sehr individuell zu gucken und manchmal auch eher abzuraten. Also Kolleginnen, die selber viele sind und wie das ist, mit der Arbeit mit vielen, oder die die eigenen Traumatisierungen nicht aufgearbeitet haben und wo es dann zu Verwicklungen kommt. Also im Einzelfall zu gucken und auch genau zu gucken, das finde ich wichtig. Vor fünf Jahren hätte ich auch gesagt, ich finde das nicht gut, wenn die selber traumatisiert sind und dann den Beruf haben. Das sage ich so nicht mehr. Da bin ich auch gelassener geworden und habe da auch viel gelernt.

S3: Und es ist wichtig, die eigenen Traumatisierungen integriert zu haben oder bei Parallelen den Patienten dann abzugeben. Ich denke, in der Traumaarbeit ist die eigene Grenze immer da, wo mein Trauma ist, das ich nicht integriert habe. Und das sollte ich vorher wissen, damit ich das merke, damit ich den Patienten zu einem Kollegen geben kann oder erst mal das eigene Trauma integriere bevor ich die Arbeit mache. Und ich denke da geht auch viel schief.

JD: Noch mal zu dieser Frage, sollten primärtraumatisierte Personen überhaupt Traumatherapeutinnen werden. Wäre da Ihre Haltung wenn man das integriert, dann ja?

S3: Ja, und das heißt dann aber auch wirklich viel und gute Supervision, bei erfahrenen Traumatherapeuten wieder. Also, das ist ganz wichtig. Und wenn das Trauma integriert ist, dann wird es gut, weil man weiß was wirkt, man weiß was möglicherweise schwierig ist, man hat mehr Valenzen, spüren zu könne, was da

läuft, und man weiß dann unter Umständen intuitiv was es braucht. Also, Sicherheit in den Interventionen dann.

JD: Wenn ich sagen würde, ein gut integriertes eigenes Trauma ist oft eine Ressource für die Arbeit, würden Sie das so sehen?

S3: Ja, das würde ich so unterschreiben. Weil ich dann den Kontext und alles was dazugehört, inklusive der Hilfen, der Selbstheilungskräfte – also, ich habe dann ein Wissen um die Selbstheilungsfähigkeit des Organismus und habe damit ganz, ganz viel Zutrauen. Also, ich denke mal dieses Zutrauen, das wird, egal wie schlimm das ist was da jetzt läuft, das wird, ich denke das trägt durch, dieses Wissen es geht da auch wieder raus. Man erschreckt dann nicht so, wenn bei dem Patienten irgendwas losgeht. Und diese Sicherheit, das Zutrauen, durch die eigene Erfahrung, durch das Be-griffen haben, was es ist, ich denke mal das ist auch etwas, was man dann in seinem So-sein transportiert.

S4: Und ich glaube, dass besonders die Kolleginnen gefährdet sind, die selbst traumatisiert sind. Das irgendeine zur Tür reinkommt und die führt sie in diese Ohnmacht zurück, die sie selbst erlebt haben, und nun erleben sie sich- und das wäre das dritte: Sie erleben es wie die Klientin, sie erleben sich als ohnmächtige Zeugin, und gleichzeitig erleben sie sich als ehemaliges Opfer. Im *Freeze* oder in *Submit*-Reaktionen, dass sie nicht mehr „Stopp“ sagen können. Das beschreiben sie auch häufig. Die anderen die nicht schwer traumatisiert sind haben ein anderes Problem, die müssen mit ihrer Fassungslosigkeit fertig werden. Also wenn man zum ersten Mal damit konfrontiert ist das Ausmaß an sexueller Gewalt was KlientInnen erzählen das ist ja Wahnsinn. Ich kann mich gut erinnern an die ersten Zeiten wo ich gedacht habe das kann doch nicht wahr sein, wie schrecklich. Das ist natürlich, wenn man das wieder umsetzen kann in einen Erkenntnisprozess und sagt das darf doch nicht so bleiben und dann kämpferisch wird, kann man es ja gut umsetzen, aber es kann auch erst mal lähmen und kann in so ein Sekundärtrauma übergehen.

S6: Und wenn man diese Vorschädigung betrachtet, dann muss einem in der Therapie nur was begegnen, was so ähnlich ist wie das, was man selbst erlitten hat oder was einen daran erinnert, und das kann eine posttraumatische Belastungsreaktion sekundärer Art auslösen.

Parallele zum eigenen Leben

Die betroffenen Therapeutinnen beschrieben Ähnlichkeiten mit den behandelten Klientinnen als möglichen Auslöser ihrer Belastung. Die

Supervisorinnen hingegen fokussierten auch bei dieser Frage auf die Vortraumatisierungen der Therapeutinnen:

S4: Wenn sie selber noch Belastungspunkte haben, die sie noch nicht ausreichend bearbeitet haben, bei neunundneunzig Klientinnen ging das, das zu vermeiden, und beim Hundertsten erwischt es einen. Weil da eine Ähnlichkeit ist... kommt jemand zur Tür rein und erzählt eine ähnliche Geschichte, oder erwischt einen an irgendeinem Punkt, wo man nie wieder hin wollte, oder wo man denkt, das habe ich schon gut genug verarbeitet. Und dann kann es einen von den Füßen holen.

S6: ...oder ein Trauma hört, was einer eigenen Erfahrung ähnelt, oder da eine Erfahrung wachgerufen wird, die vielleicht verdrängt war, dann kann das auch zu einer Traumastörung führen.

Aufrechterhaltende Faktoren

Die Supervisorinnen beschrieben einheitlich eine andauernde Tabuisierung der eigenen Belastung. Auch die Schlussfolgerung, nicht professionell genug gehandelt zu haben, scheint die Belastung aufrecht zu erhalten:

S1: Es ist schon nicht so einfach, sich das selbst zuzugestehen, weil es schon sehr ängstigt. Das ist absolut tabuisiert, das gehört irgendwie zum Bild des Profis, dass man das kann, dass man das abkann.

JD: Glauben Sie, dass da eigene Bewertungen eine Rolle spielen? Also dieses „Ich habe Symptome, also habe ich was falsch gemacht, bin keine gute Therapeutin gewesen“?

S4: Ja, natürlich, das gehört zu diesen vielen Tabus, und dieses „Wir sind die Profis, wir können alles ab“ – wenn das mal so wäre.

S5: Aber sehr lange war das ja tabuisiert, weil wir ja dachten, dass es im Prinzip an der therapeutischen Haltung war, dass wir uns viel zu viel identifizierten oder das nicht professionell war. Ich weiß noch, ich glaube '97 oder '98, habe ich das auf einem feministischen Kongress angesprochen und da kam das natürlich. Also es durfte ja eigentlich ja nicht bestehen, das war ein Tabu. Viele waren total kaputt, aber sie wollten solidarisch bleiben mit den Klienten und durften das überhaupt nicht haben, das war ja nicht professionell.

4.3.10 Veränderungen kognitiver Schemata

Auf Veränderungen kognitiver Schemata fokussierte nur eine Supervisorin. Sie zog dabei eine enge Parallele zwischen den traumatischen Erfahrungen der Klientinnen und der Supervisorinnen: Bei beiden Populationen entstehen sich ihrer Meinung nach Entfremdungssymptome durch die Verletzung illusorischer Grundannahmen:

S6: Dieses Gefühl, das ist auch das Gefühl von Sinnlosigkeit, was viele haben. Und das gehört ja zum Trauma. Trauma heißt, dass man aus der Gemeinschaft der Menschen herauskatapultiert ist. Und das bedeutet, dass in diesem Moment ist alles das, was Menschen miteinander glauben, was unsere Welt konstituiert, ist weg. Das gibt es nicht mehr. Das erleben Sie ja schon bei vielen Menschen, die Unfälle erlebt haben oder bei Urlaubern die in der Dritten Welt waren und zurückkommen – die finden das Leben hier völlig sinnlos, oder übertrieben luxuriös, und das ist eine Reaktion, die wir Menschen haben, weil wir einen Konsens eingehen. Aber wir haben das so verabredet und so ist es und wir glauben alle daran und darum ist es so. Und wenn man eine traumatische Erfahrung hat, so eine Grenzerfahrung, dann ist man da herauskatapultiert. Und das erleben die Therapeuten. Und das geht vielen Therapeuten so, ...und ich kann mir vorstellen, dass das für Menschen die neu und jung in so einen Bereich reinkommen noch mal schwerer ist. Weil, wir müssen eigentlich Optimisten sein, um Leben zu können.

4.4 Diskussion

Die oben dargestellten Ergebnisse zeigen, dass es ein Syndrom *Sekundäre Traumatisierung* gibt, welches von Betroffenen und Supervisorinnen konvergierend beschrieben wurde. Dieses setzt sich aus den typischen posttraumatischen Symptomen des Wiedererlebens, der Vermeidung und des Hyperarousals zusammen. Es geht in der Symptomatik jedoch darüber hinaus: Neben Symptomen, die auch bei der PTSD als komorbide Symptome auftauchen, wie z.B. Suchtmittelmissbrauch und depressive Verstimmung, wurden auch Symptome beschrieben, die über das klassische Traumastörungsspektrum hinausreichen, wie z.B. Entgrenzung und parapsychotische Bedrohungsgefühle. Diese Symptome wurden bisher in der Literatur noch nicht beschrieben und dementsprechend in keiner empirischen Studie erhoben. Im Folgenden werden die Ergebnisse dieser Untersuchung hinsichtlich der Dauer und Symptomatik der Sekundären Traumatisierung sowie möglicher Auslöse-, Risiko- und Schutzfaktoren diskutiert. Im Anschluss werden die weiterhin unbeantworteten und die durch diese Studie neu aufgeworfenen Fragen formuliert, die den Leitfaden für den zweiten Teil der Triangulationsstudie bilden werden.

4.4.1 Dauer der Sekundären Traumatisierung

Die Sekundäre Traumatisierung wurde von den meisten Betroffenen als kurzfristige Belastung beschrieben, die innerhalb weniger Wochen zurückging. Diese Beschreibung deckt sich mit den Annahmen von Figley (1995), die er in seiner Konzeption der *compassion fatigue* dargelegt hat. Sowohl einige Betroffene als auch einige Supervisorinnen gaben jedoch an, dass sich die Sekundäre Traumatisierung auch als längerfristiges Symptombild manifestieren kann: Zwei Therapeutinnen berichteten, dass die Kernphase der Sekundären Traumatisierung ein gesamtes Jahr andauerte. Diese Angaben würden sich eher mit den Vermutungen von Pearlman und Saakvitne (1995) decken, die *vicarious traumatization* als überdauernde Veränderung der kognitiven Schemata konzeptualisieren. Hier ist die

Symptomentwicklung als ein Anzeichen missglückter Schemaakkommodation zu verstehen, weshalb ein längerfristiger Verlauf erwartet wird.

Einige Betroffene beschrieben die Rekonvaleszenz als eine langsame Erholung mit schrittweisem Abklingen der Symptome. Auch hier reichten die Angaben von wenigen Wochen bis zu einem Jahr. Überdauernde Veränderungen, die als Residualsymptomatik aufgefasst werden können, wurden nur von wenigen Therapeutinnen benannt und bezogen sich zumeist auf weiterhin verändertes Sicherheitsverhalten.

Auf dem Hintergrund dieser unterschiedlich langen Verläufe muss die Frage gestellt werden, ob es möglicherweise Subtypen der Sekundären Traumatisierung gibt.

Eine Supervisorin übertrug die Unterscheidung zwischen Akuter Belastungsstörung und PTSD, wie sie nach Primärtraumata in Abhängigkeit von der seit dem Trauma verstrichenen Zeit getroffen wird, auf die Situation der Therapeutin. Sie differenzierte zwischen einer Belastungsreaktion, die wenige Wochen umfasst, und der eigentlichen Traumastörung, die sich durch das überlange Andauern der Belastungsreaktion auszeichnet. Diese Übertragung auf die Situation der Therapeutinnen muss jedoch aus folgenden Gründen in Frage gestellt werden: Die beschriebene Differenzierung wurde in Bezug auf primäre Traumaopfer entwickelt, die plötzlich, überraschend und unvorhersehbar durch das Trauma in ihrem normalen Lebensvollzug gestört wurden. Aus Prävalenzstudien ist bekannt, dass die Mehrheit der traumatisierten Personen das erlebte Trauma integrieren kann, ohne eine überdauernde psychische Störung zu entwickeln (s. z.B. Kessler et al., 1995). Einige neuere Studien zur Notfallpsychologie weisen sogar daraufhin, dass eine Intervention in dieser frühen Phase des Verarbeitungsprozesses diesen sogar beeinträchtigen und zu einer verstärkten Symptombildung führen kann (s. z.B. McNally, Bryant, & Ehlers, 2003; Turpin, Downs, & Mason, 2005). Die Situation der Therapeutinnen ist jedoch eine andere: Sie sind in den meisten Fällen auf die Behandlung traumatisierter Menschen spezialisiert und dafür ausgebildet. Für sie ist die Konfrontation mit dem Trauma der Klientin keine unvorhersehbare und überraschende Unterbrechung ihres normalen Lebensvollzugs, sondern

Bestandteil der täglichen therapeutischen Arbeit. Man kann also, möchte man eine solche Parallele überhaupt ziehen, eher davon ausgehen, dass hier die Integrationsfähigkeiten des Organismus ständig gefordert sind und diese im Normalfall auch ausreichen, um die Entwicklung einer Sekundären Traumatisierung abzuwenden. Kommt es trotz beruflicher Spezialisierung, Ausbildung und Vorhersehbarkeit zu einer deutlichen arbeitsbedingten Belastung, die sich in Form der oben beschriebenen Intrusionen, Bedrohungsgefühle und physiologischen Reaktionen niederschlägt, so kann diese als Sekundäre Traumatisierung mit Syndromstatus definiert werden.

Die unterschiedlich langen Verläufe legen eher nahe, nach differenzierbaren Symptomkonstellationen zu fragen. So wäre es interessant zu wissen, ob sich Untertypen der Sekundären Traumatisierung in Abhängigkeit der Symptomatik bilden lassen. Es wäre z.B. denkbar, dass es, wie eine Supervisorin vermutete, Personen gibt, die mit depressiver Verarbeitung und andere, die mit parapsychotischer Verarbeitung reagieren. Auch der Zusammenhang zwischen der Symptomkonstellation und der Dauer der Sekundären Traumatisierung könnte interessante Aufschlüsse geben: So ließe sich beispielsweise hypothetisieren, dass die Belastung bei Personen, die auch Entgrenzung und parapsychotische Symptome entwickeln, länger andauert als bei Therapeutinnen, bei denen sich die Sekundäre Traumatisierung ausschließlich aus typischen posttraumatischen Symptomen zusammensetzt, da hier die Identifikation mit der Klientin größer sein könnte.

4.4.2 Symptomatik der Sekundären Traumatisierung

Zunächst ist festzuhalten, dass sowohl Betroffene als auch Supervisorinnen Symptome beschrieben haben, die mit den im DSM-IV genannten Indikatoren der PTSD vergleichbar sind. Es wurden fast alle im DSM-IV definierten Symptomkategorien in den Interviews beschrieben. Unerwähnt blieben ausschließlich Symptome, die dem Cluster *Vermeidung* zugeordnet sind. Auch insgesamt fällt auf, dass verhältnismäßig wenige Vermeidungssymptome benannt wurden. So wurde bei Berücksichtigung der Diagnosekriterien für Vermeidung nur bei drei Personen eine ausreichende Symptomschwere festgestellt, die als parallel zu einer PTSD beschrieben werden kann. Sieht man jedoch von der Erfüllung dieser Kriterien ab und

vergleicht die beschriebene Sekundäre Traumatisierung mit einer *subklinischen PTSD*, so könnten zehn Personen dieser Diagnose zugeordnet werden.

Betrachtet man die Vermeidungssymptome inhaltlich, so fällt auf, dass insbesondere die Zeichen bewusster Vermeidungsanstrengungen (C1 und C2) von den Therapeutinnen selten eingeräumt wurden. Dies lässt sich auf dreierlei Weise interpretieren: Zum einen könnte es sein, dass diese Symptome schlicht nicht auftraten, da es sich um eine übertragene Traumatisierung handelt. Eine Vermeidung der Auslösesituation wäre genau genommen eine Vermeidung der Arbeit mit der traumatisierten Klientin. Andere Hinweisreize, die dem Inhalt des Traumas entsprechen, waren möglicherweise tatsächlich für die betroffenen Therapeutinnen nicht so belastend, dass sie bewusst vermieden werden mussten.

Zum anderen ist es auch möglich, dass die Ausbildung als Traumatherapeutin dazu geführt hat, dass die Betroffenen zwar den Impuls hatten, Hinweisreize zu vermeiden, dieses jedoch auf Grund ihres Fachwissens nicht getan haben: Wie oben bereits beschrieben, wird Vermeidung mittlerweile von vielen Theoretikerinnen als sekundäre Symptomatik gewertet, die die Intrusions- und Hyperarousalsymptome aufrechterhält. Es wäre also möglich, dass die Therapeutinnen dem entgegenwirken wollten, indem sie sich mit den Hinweisreizen konfrontierten. Diese Art des bewussten Umgangs mit den Vermeidungsimpulsen wurde jedoch nur von einer Therapeutin beschrieben. Es scheint deswegen unwahrscheinlich, dass dies die niedrige Prävalenz dieser Symptomgruppe erklären könnte.

Die dritte Hypothese ist, dass die Therapeutinnen möglicherweise zurückhaltend mit der Beschreibung bewusster Vermeidung waren, obwohl sie diese erlebten. Gerade auf Grund des Fachwissens könnten die betroffenen Therapeutinnen beschämt gewesen sein, von diesen Verhaltensänderungen zu berichten. Wie oben dargestellt waren einige Therapeutinnen mit veränderten Kognitionen belastet, die das Auftreten der Symptome im Sinne von eigener Verantwortlichkeit und Schuld bewerteten. Möglicherweise war dies in der Interviewsituation mit mir als einer Kollegin so im Vordergrund, dass die Vermeidungssymptomatik nicht differenziert

dargestellt wurde. Da jedoch noch tabuisiertere Reaktionen wie z.B. verändertes Sicherheitsverhalten und parapsychotische Symptome ohne Zurückhaltung berichtet wurden, scheint auch diese Interpretation unwahrscheinlich.

Die Betroffenen beschrieben Symptome, wie sie auch von primären Traumaopfern erlebt werden. Einige Therapeutinnen und viele Supervisorinnen verglichen diese direkt mit PTSD-Symptomen. Die oben zitierten Interviewausschnitte zeigen, dass tatsächlich viele Symptome als parallel zu der posttraumatischen Belastungsreaktion beschrieben werden können: So war die durch das Hyperarousal ausgelöste Belastung gravierend genug, um eine Beeinträchtigung des normalen Alltags darzustellen. Die Betroffenen erlebten insbesondere die Schlafstörungen und die Hypervigilanz als belastend. Auch die Vermeidungssymptomatik, die sich bei den Therapeutinnen vor allem in Form einer verminderten Reagibilität manifestierte, entspricht qualitativ dem Entfremdungserleben, wie Klientinnen es berichten. Auch hier könnte man also eine Parallele zur primären posttraumatischen Belastungsstörung ziehen.

Besonders aufschlussreich ist in diesem Zusammenhang die Analyse der Intrusionssymptomatik: Zum einen, da sie das Leitsymptom der PTSD darstellt und zur Abgrenzung der Belastung von komorbiden Störungen unerlässlich ist. Zum anderen, weil das Auftreten von Intrusionen bei Therapeutinnen, also Personen die mit dem Trauma nicht direkt konfrontiert waren, als Anomalie der Theoriemodelle der PTSD verstanden werden kann. Die Auslösesituationen der PTSD und der Sekundären Traumatisierung unterscheiden sich erheblich: Von einer physiologischen Übererregung aufgrund von Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein kann auf Seiten der Therapeutinnen nicht unhinterfragt ausgegangen werden, da sie die therapeutische Situation strukturieren und kontrollieren. Dennoch waren Intrusionen die häufigsten Symptome. Das Wiedererleben trat zumeist tagsüber im Wachzustand auf. Viele Therapeutinnen beschrieben visuelle Intrusionen in Folge der Konfrontation mit Hinweisreizen. Bei anderen traten diese auch ohne Hinweisreize in Zeiten auf, in denen die Betroffenen nicht anderweitig beschäftigt und abgelenkt waren. Die visuellen Elemente der

Intrusion konnten von den meisten Therapeutinnen eindeutig erinnert und beschrieben werden: Zumeist trat das Wiedererleben als farbiger Film auf, der in vielen Fällen an den schlimmsten Stellen (den sogenannten *hot spots*) mit Standbildern durchsetzt war. Dies entspricht den Schilderungen primärer Traumaopfer, die ebenfalls oft von standbildhaften Erinnerungen an *hot spots* berichten. Der visuelle Eindruck wurde vielfach durch weitere Sinneseindrücke ergänzt, z.B. durch das Hören von Stimmen oder das Wahrnehmen von Gerüchen. Zum Teil waren die berichteten Intrusionen deutlich fragmentiert und beinhalteten logische Inkonsistenzen, wie es für traumatische Erinnerungen typisch ist. Erstaunlich viele Therapeutinnen erlebten bei der Beschreibung der Intrusionen im Interview eine Reaktivierung der physiologischen Begleitreaktionen, wie sie in der Phase der Sekundären Traumatisierung auftraten. Sie berichteten über Angstgefühle, Zittern und Schweißausbrüche. Dieses zeigt sich auch an der sprachlichen Gestaltung der Interviewzitate. Einige Kolleginnen waren im Interview noch einmal so berührt, dass sie weinten.

Die visuellen Intrusionen im Wachzustand wurden qualitativ übereinstimmend als nah beschrieben: Die Therapeutinnen erlebten sich in einer Art Zuschauerposition, von wo aus sie das Traumageschehen beobachteten. Sie sahen sich bei diesen Intrusionen nicht mit im Bild. Einige gaben an, es habe sich so angefühlt, als wären sie mit in dem Raum, in dem das Trauma stattfand, andere beschrieben eine etwas größere Distanz, z.B. als ob zwischen der Therapeutin selbst und dem beobachteten Geschehen eine Glaswand wäre. Lediglich die Körperempfindungen und andere taktilen Wahrnehmungen wurden so charakterisiert, als hätte die Therapeutin sich in die Position des Opfers begeben. Dies unterscheidet die Intrusionen im Wachzustand von den Alpträumen, bei denen sich die Therapeutinnen gänzlich in der Situation des Opfers erlebten.

Die intrusiven Erinnerungen waren schwer zu distanzieren und ihr Auftreten ließ sich nicht kontrollieren. Diese Qualitäten wurden von den Betroffenen als besonders belastend erlebt. Einige Kolleginnen berichteten zudem, dass auch die eigene Sexualität durch intrusives Wiedererleben gestört wurde. Dies war zumeist der Fall, wenn das Trauma der Klientin aus dem Bereich

sexualisierter Gewalt stammte und deshalb das eigene Erleben als Hinweisreiz auf das Trauma der Klientin fungierte.

Intrusionen traten aber auch in Form von Albträumen auf, wie sie das DSM-IV beschreibt. Die Therapeutinnen berichteten von Träumen, in denen sie die Traumatisierung aus der Opferperspektive erlebten, so wie die Klientin sie beschrieben hatte. Interessant dabei ist, dass schon Andeutungen und grobe Beschreibungen, die eine gedankliche Rekonstruktion des Traumahergangs erlaubten, ausreichten, um bei den Therapeutinnen Albträume auszulösen. Bei den nächtlichen Wiedererlebenssymptomen kam es zudem gehäuft zu einer Vermischung mit eigenen traumatischen Erinnerungen. Die Albträume wurden vor allem wegen der mangelnden Erholung nach dem Schlaf und der Reaktivierung eigener Traumata als belastend erlebt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die sekundäre Traumatisierung Symptome beinhaltet, wie sie für primäre Traumaopfer unter der Diagnose PTSD beschrieben wurden. Zwar traten nicht alle im DSM-IV genannten Symptome auf, aber es fanden sich Indikatoren für alle drei Symptomcluster der PTSD. Dies entspricht gleichermaßen der theoretischen Konzeptualisierung der *vicarious traumatization* wie der *compassion fatigue*. Darüber hinaus manifestierte sich die Sekundäre Traumatisierung jedoch auch noch in Symptomen, die denen komorbider Störungen der PTSD ähneln und welche in den bisherigen empirischen Studien nicht erfasst wurden. Bei keiner der befragten Therapeutinnen fanden sich jedoch Hinweise auf das Vorliegen einer Depression oder eines Substanzmissbrauchs. Sie beschrieben jedoch Symptome, die diesen Störungen ähneln.

Hoffnungslosigkeit und Energiemangel nannten viele der befragten Therapeutinnen als einen integralen Bestandteil der Sekundären Traumatisierung. Diese stellen auch den Überschneidungsbereich der Sekundären Traumatisierung mit dem Burnout dar. Keine der hier beschriebenen Personen erfüllte aber die anderen Kriterien des Burnouts.

Suizidalität wurde nur von 3 der 21 Therapeutinnen angesprochen. Alle drei Personen arbeiteten mit Opfern rituellen Missbrauchs. Nur bei einer Therapeutin hatten die Suizidgedanken bereits zu konkreten Suizidplänen

geführt. Zwei dieser drei Personen berichteten auch über ausgeprägte parapsychotische Symptome und verändertes Sicherheitsverhalten. Ob es hier einen kausalen Zusammenhang gibt, kann jedoch durch die vorliegenden Interviews allein nicht geklärt werden.

Auch der bewusst eingesetzte Gebrauch von Substanzen wurde von einigen Betroffenen beschrieben. Keine der befragten Personen entwickelte in der Folge eine Abhängigkeit. Das Suchtverhalten wurde jedoch von den Supervisorinnen als ernstzunehmendes Problem geschildert. Den Beschreibungen der Betroffenen lässt sich entnehmen, dass sie die Substanzen sehr gezielt und intentional zur Bekämpfung des Hyperarousals einsetzten. Dies entspricht dem Verhalten primärer Traumaopfer mit sekundärem Substanzmissbrauch und sollte dementsprechend berücksichtigt werden. Auch psychosomatische Symptome, die oft als weiterer Indikator eines erhöhten physiologischen Erregungslevels interpretiert werden, wurden sowohl von den Therapeutinnen als auch den Supervisorinnen beschrieben. Dabei handelte es sich zumeist um klassische Stressfolgen wie Kopfschmerzen und Infektionskrankheiten auf Grund eines geschwächten Immunsystems.

Überraschend waren Beschreibungen weiterer Symptome, die so bisher noch nicht dargestellt wurden und dementsprechend eine Erweiterung des ursprünglichen Interviewleitfadens nach sich zogen. Insbesondere zu nennen sind hier das Bedrohungserleben und die Entgrenzung.

Das Bedrohungserleben wurde von den Betroffenen als sehr belastendes und weit reichendes Symptom beschrieben. Es äußerte sich sowohl in bildhaften Vorstellungen und Illusionen von Übergriffen, als auch in einem diesem Erleben angepassten, übertriebenen Sicherheitsverhalten. Es ist auffällig, dass alle Kolleginnen, die von so gearteten Veränderungen berichteten, mit Klientinnen arbeiten, die extrem sadistische, intentionale Traumata erlebt hatten. Dies war in einem Fall politisch motivierte Folterung, in allen anderen Fällen handelte es sich um rituellen Missbrauch. Diese Traumata sind gekennzeichnet durch besondere Brutalität, extreme Hilflosigkeit und keinerlei Kontrolle auf Seiten des Opfers. Insbesondere beim rituellen Missbrauch kommt es zu einer Verunsicherung, wer Täter, wer

Mittäter und wer Opfer ist. Eine generalisierte Verunsicherung hinsichtlich der Vertrauenswürdigkeit von Mitmenschen ist dementsprechend nicht verwunderlich. Einige Therapeutinnen beschrieben zudem auch realistisch anmutende Hinweise auf eine Überwachung ihrer Person. Das Bedrohungserleben ist insofern nicht unbedingt paranoid. Keine der befragten Therapeutinnen erlebte jedoch einen direkten Übergriff durch Täter.

Auch die Supervisorinnen bestätigten das häufige Auftreten dieser Bedrohungsgefühle. Sie gaben übereinstimmend die Übertragung des Erlebens der Klientin auf die Therapeutin, und nicht eine tatsächlich erlebte Bedrohung als Auslöser dieser Symptomatik an. Diese Symptome gehen über das durch die DSM-IV-Kriterien abgedeckte Symptomenspektrum hinaus, da die parapsychotischen Symptome nicht im engeren Sinne als Wiedererlebenssymptome interpretiert werden können. In der Literatur finden sich jedoch Hinweise auf eine ähnlich gelagerte Symptomatik auch bei primären Traumaopfern: Butler, Mueser, Sprock und Braff (1996) berichten, dass die von ihnen untersuchten Vietnamveteranen mit PTSD deutlich mehr positive Psychosesymptome wie Halluzinationen, Illusionen und bizarres Verhalten zeigten, als Vietnamveteranen ohne PTSD. Sie betonen dabei, dass diese Symptome nicht mit dem Wiedererleben des Traumas in Zusammenhang zu stehen schienen.

Viele Therapeutinnen reagierten auf das Auftreten dieser Bedrohungsgefühle mit einem verstärkten Sicherheitsverhalten. Auch dieses wurde von den Supervisorinnen validiert. Unabhängig von der Frage nach der Realitätsangemessenheit des Erlebens kann doch festgestellt werden, dass dieses Erleben und Verhalten eine deutliche Belastung und in einigen Fällen sicherlich auch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit darstellt. Insofern wären hier weitere Informationen zu Prävalenz und Dauer wünschenswert. D

Auch das Thema Entgrenzung wurde erst im Verlauf der Interviewstudie in den Leitfaden aufgenommen. Es umfasst eine übermäßige Faszination von dem Thema *Trauma*, die sich in verlängerten Arbeitszeiten, Beschäftigung mit dem Thema im Privatleben, dem Drang, anderen Menschen von den Traumata zu berichten oder einer Aufweichung der Grenzen des

professionellen Kontaktes mit der Klientin niederschlug. Bei einigen Therapeutinnen fand sich eine als gering einzustufende Ausprägung dieses Symptoms. Sie berichteten beispielsweise, sich auch privat nur mit Literatur zu dem Thema zu beschäftigen, oder sich aus allen privaten Kontakten zugunsten professioneller Kontakte zurückgezogen zu haben. Andere Therapeutinnen beschrieben jedoch schon eine Abhängigkeit des eigenen Befindens vom Verlauf der therapeutischen Sitzung und den Drang, auch in unpassenden Situationen von den Traumata ihrer Klientinnen zu erzählen. Die extremste Form dieses Symptoms war sicherlich eine absolute Aufweichung der Grenzen des therapeutischen Settings: Die Kollegin berichtete, sich für die Klientin verschuldet zu haben bei den Versuchen, diese vor weiteren Zugriffen durch einen Kult zu schützen.

Den Beschreibungen der Therapeutinnen zufolge entsteht diese Entgrenzung durch die Intensität und Existentialität des Themas. Sie wird dementsprechend nicht als Risikofaktor, sondern als Symptom der Sekundären Traumatisierung verstanden. Auch den Beschreibungen der Supervisorinnen ist zu entnehmen, dass die Entgrenzung einen integralen Bestandteil der Sekundären Traumatisierung darstellt. Eine Supervisorin umriss dieses Phänomen mit dem Schlagwort „Faszination von dem Schrecklichen“ (S3). Es umfasst sicherlich auch einen fast voyeuristischen Aspekt von übermäßigem Interesse. Dieses ist, folgt man den Beschreibungen der Therapeutinnen, darauf zurückzuführen, dass das Trauma häufig an der Grenze zwischen Überleben und Tod angesiedelt ist.

Da es sich in allen Fällen um von Menschen intentional verursachte Traumata handelte, beinhaltet eine Beschäftigung mit dem Traumamaterial zugleich auch eine Konfrontation mit *dem Bösen*, wie es sich ja auch in der beschriebenen Veränderung kognitiver Schemata in Bezug auf die Dualität von Gut und Böse niederschlug. Auch hier ist eine Faszination mit den Abgründen der menschlichen Natur, dem Ausmaß sadistischer Brutalität und kaltblütiger Planung als direkte Folge des Traumamaterials zu verstehen. Wahrscheinlich bestehen auch Bezüge zu der Entfremdungssymptomatik, wie sie bei der PTSD konzeptualisiert ist und auch von den Therapeutinnen beschrieben wurde: Beschäftigt man sich nämlich mit intentionalen

Gewalttaten, so konfrontiert man sich mit einem Thema, dessen Existenz zwar den meisten Menschen als Abstraktum bekannt ist, welches aber im Alltagsbewusstsein nicht thematisiert wird. Einige Therapeutinnen beschrieben ein Abrücken anderer Menschen von ihrer Person, sobald sie über ihren Beruf berichteten. Es kam hier also nicht nur ausgehend von der Therapeutin, sondern auch ausgehend von Bezugspersonen zu einer Entfremdung.

Beschäftigt man sich mit extremen Formen sadistischer Gewalt wie zum Beispiel dem rituellen Missbrauch, so ist davon auszugehen, dass die meisten Menschen noch nicht einmal abstrakt um die Existenz dieser Traumata wissen. Das resultierende Entfremdungserleben seitens der Therapeutin ist hier umso ausgeprägter. Suchtartiges Lesen über solche Traumata, das Aufsuchen professioneller Kontakte und die aggressive Konfrontation anderer Menschen mit diesen Fakten lassen sich als Versuche interpretieren, das eigene Erleben zu validieren. Bei einigen Therapeutinnen schlug sich dies auch in einem überhöhten Anspruch an das eigene therapeutische Handeln nieder. Hier blieben zwar die Grenzen des therapeutischen Settings gewahrt, inwieweit eine solche Überidentifikation jedoch therapieförderlich ist, muss dahingestellt bleiben. Auch dieses Verhalten lässt sich unterschiedlich interpretieren: Zum einen fordert natürlich die Existentialität des Themas und insbesondere die Intensität der Symptombelastung seitens der Klientin eine gut strukturierte, professionelle Behandlung. Gerade, weil sich posttraumatische Intrusionssymptome auch in dissoziativen Zuständen und emotionalen Abreaktionen äußern, ist die Arbeit mit traumatisierten Klientinnen sehr intensiv und fordernd. Dass die Therapeutinnen sich hier fachlich besonders gut vorbereiten wollten ist verständlich. Die Beschreibungen legen jedoch nahe, dass ihre Motivation in der Behandlung „alles richtig zu machen“ (IP24) von einer Überidentifikation genährt wurde. Auch dies lässt sich im Sinne einer Konfrontation mit den kognitiven Schemata von Gut und Böse interpretieren: Die Therapeutin erlebt diese Dualität auch in der eigenen Person. In der Arbeit mit Opfern, insbesondere wehrlosen Opfern intentionaler, sadistischer Gewalt, wird bei der Behandlerin der Wunsch aktiviert, dieses Erleben auszugleichen, wieder gut zu machen und die Klientin *zu retten* indem die Therapeutin *nur gut* ist.

Phänomene dieser Art und ihre Auswirkungen auf den Therapieverlauf sind in der Literatur zu Übertragung und Gegenübertragung in der Traumatherapie ausführlich diskutiert worden (Fauth, 2006; Wilson & Lindy, 1994; Zurek, Barwinski, & Fischer, 2002). Neu ist jedoch die Beschreibung der Auswirkungen dieses Verhaltens auf die Gesundheit der Therapeutinnen. In Übereinstimmung mit den Betroffenen und den Supervisorinnen sollten die oben beschriebenen Verhaltensweisen deswegen nicht als Risikofaktor, sondern als erstes Symptom einer sich entwickelnden Sekundären Traumatisierung aufgefasst werden. Dafür sprechen meines Erachtens auch jene Interviewzitate, die darauf hindeuten, dass die Entgrenzung parallel mit Schemaakkommodationen auftrat. Möglicherweise lässt sich Entgrenzung sogar als Indikator für eine Schemaakkommodation verstehen.

Bei der Analyse der auslösenden Situation dieser Entgrenzungssymptomatik, so fällt auf, dass es sich zum Teil auch um ganz objektiv *entgrenzte* Situationen handelt. Nicht alle, aber einige Kolleginnen die Entgrenzungssymptome beschrieben, arbeiten in einer paradoxen Situation: Ihr Auftrag ist eigentlich, die Klientin zu einer Integration der erlebten Traumatisierungen zu motivieren, sie ausreichend zu stabilisieren und sie bei der Konfrontation mit der Vergangenheit zu unterstützen. In der Arbeit mit Opfern rituellen Missbrauchs ist aber in fast allen Fällen davon auszugehen, dass der Missbrauch auch während der Therapie fortgesetzt stattfindet. Dies verunmöglicht oft genug die eigentlich notwendige traumatherapeutische Behandlung und bringt die Therapeutin in die Position der hilflosen Zeugin. In dieser Situation entsteht eine große Diskrepanz zwischen den Rollenanforderungen auf Seiten der Therapeutin: Als Mitmensch in einer Zivilgesellschaft ist sie eigentlich ethisch und moralisch verpflichtet, solche fortgesetzten Traumatisierungen zu unterbinden. Auf Grund der mafiösen Struktur der Kulte kann sie diese Verantwortung nicht auf andere offizielle Instanzen wie z.B. der Polizei oder Justiz übertragen⁷. Als Therapeutin aber muss sie loyal an der Seite der Klientin stehen. Diese leidet unter den fortgesetzten Traumatisierungen und schwebt nicht selten auch in Lebensgefahr. Auf Grund der Verstrickungen mit dem Kult ist jedoch nur eine

⁷ Zu Hintergründen und Strukturen des rituellen Missbrauchs s. Huber (2004).

schrittweise Ablösung über einen langen Zeitraum ein realistisches Therapieziel.

Der Wunsch, die Klientin vor weiteren Übergriffen zu beschützen, ist nachvollziehbar. Der Impuls, dazu das therapeutische Setting zu verlassen und sich auch als Privatperson zur Verfügung zu stellen, ist ebenfalls menschlich verständlich. Dieses Verhalten erhält jedoch Symptomcharakter, da es die Arbeitsfähigkeit und psychische Gesundheit der Therapeutin bedroht und auch für die Klientin (in allen mir bekannten Fällen) in der Konsequenz dysfunktional ist. Entgrenzung ließe sich also auch als die Reaktion auf diesen Rollenkonflikt und das hilflose Miterleben fortgesetzter Traumatisierungen verstehen.

Auch auf der physiologischen Ebene lassen sich Erklärungshypothesen für die Entgrenzungssymptomatik aufstellen: Eine Supervisorin verglich diese Symptomatik mit einer Abhängigkeitserkrankung und vermutete eine neuroendokrinologische Ätiologie: Bei den Therapeutinnen treten, wie bei den primären Traumaopfern auch, Symptome physiologischer Übererregung auf. Die Supervisorin vermutet deshalb, dass parallel zu der suchartigen Konfrontation mit Hinweisreizen bei Klientinnen, auch bei Therapeutinnen die exzessive Beschäftigung mit Traumamaterial zu einer intensiven physiologischen Stressreaktion mit Ausschüttung von Endorphinen und Glucocorticoiden führt. In der Forschung zu primären Traumaopfern gibt es mittlerweile eine längere Tradition von Arbeiten, die eine Abhängigkeit von den körpereigenen Opiaten als Ätiologie der ständigen Reaktivierung des Traumas durch Klientinnen diskutieren (van der Kolk, 2004; van der Kolk, Greenberg, Boyd, & Krystal, 1985). Möglicherweise muss man diese Hypothese für die schwereren Formen von Entgrenzung in Erwägung ziehen. Die oben dargestellten Ausprägungen in Form von übermäßigem Gesprächsbedarf, intensiver fachlicher Beschäftigung und Grübelneigung scheinen jedoch eher Anfangssymptome der Sekundären Traumatisierungen zu sein, die sicherlich noch nicht auf Grund einer Abhängigkeit von körpereigenen Opiaten entstehen. Eine quantitative Erhebung der Prävalenz dieser Anfangssymptome wäre hier jedoch hilfreich, um möglicherweise die Kategorie Entgrenzung auch noch einmal in Subtypen zu differenzieren.

4.4.3 Auslöser, Risiko- und Schutzfaktoren

Vergleicht man die Beschreibungen der Therapeutinnen mit denen der Supervisorinnen so zeigt sich, dass es einige Konvergenzen in Bezug auf die vermuteten Ätiologiefaktoren gab. So berichteten beide Gruppen von Wahrnehmungsveränderungen auf Seiten der Behandlerinnen während der Traumaexposition, die als Risikofaktor aufgefasst wurden. Die beschriebenen Reaktionen ähneln weitgehend den Reaktionen von Traumaopfern in der traumatischen Situation und sind unter dem Stichwort *peritraumatische Dissoziation* in der Literatur als varianzstärkster Prädiktor der Entwicklung einer PTSD beschrieben worden (Briere, Scott, & Weathers, 2005; Ozer et al., 2003)⁸. Es wird vermutet, dass sich dieser Zusammenhang auf eine veränderte Enkodierung von Informationen in diesem Zustand zurückführen lässt. Verschiedenen Ätiologietheorien der PTSD zufolge ist dies die Basis der Intrusionssymptomatik, da es zwar zu einer Speicherung sensorischer Eindrücke, nicht aber der Kontextfaktoren kommt.

Auch bei den Therapeutinnen könnten die oben beschriebenen Wahrnehmungsveränderungen in einem direkten kausalen Zusammenhang mit der Entwicklung der Sekundären Traumatisierung stehen. Diese These sollte mittels quantitativer Analysen validiert werden können. Zu bedenken ist hier, dass es sich um rein retrospektive Aussagen handelt. Die retrospektive Erfassung peritraumatischer Verarbeitung ist jedoch mehrfach als unvalid kritisiert worden (Briere, 2006; Griffin, Resick, & Mechanic, 1997).

Abweichend davon gaben einige wenige Therapeutinnen auch an, einen dissoziativen Zustand während der Exposition zu Traumamaterial gezielt herbeizuführen. Diesen beschrieben sie als notwendigen Schutzfaktor, der die Genese einer Sekundären Traumatisierung verhindern hilft.

Die Supervisorinnen differenzierten die auftretenden Dissoziationen hinsichtlich der Dimensionen *Intentionalität* und *Kontrollierbarkeit*: Demzufolge sind Dissoziationen, die unwillkürlich und unkontrollierbar auftreten dysfunktional, während intentionale Distanzierungsbemühungen mit

⁸ siehe aber auch die Kritik von Candell und Merckelbach (2004).

dissoziativem Charakter für die Arbeit mit traumatisierten Klientinnen unverzichtbar sind. Demzufolge sollte also nicht das bewusst erlebte Bedürfnis nach emotionaler Distanzierung, sondern nur das unwillkürliche Abdriften in eine Dissoziation zur Entstehung einer Sekundären Traumatisierung beitragen oder diese verursachen. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass einige Therapeutinnen auch Dissoziationen auf Seiten der Klientin als potenziellen Risikofaktor beschrieben. Unklar bleibt hierbei jedoch aus welchen Gründen. Die Kolleginnen beschrieben das Fehlen der emotionalen Reaktion des Opfers als mögliche Ursache dafür, dass sie selbst diese Emotionen stellvertretend umso stärker erlebten. Phänomene dieser Art wurden in der Literatur zu Übertragung und Gegenübertragung beschrieben (Wilson & Lindy, 1994; Zurek et al., 2002). Sie stehen aber genau genommen in einem Widerspruch zu den Theoriemodellen von Figley (1995) und Wilson und Thomas (2004), die eine empathische Ansteckung mit den Emotionen der Klientin beschreiben. Die Frage wäre hier also, ob es trotz Dissoziation bei den Klientinnen zu empathisch nachvollziehbaren Anzeichen für emotionale Reaktionen kommt, ob also die Dissoziation nur aus dem Fehlen bewussten Erlebens von Emotionen, oder aber aus dem Fehlen von emotionalen Reaktionen insgesamt besteht. Möglich wäre auch, dass die Dissoziation der Klientin von den Therapeutinnen kognitiv als Ausdruck besonders belastender Emotionen verstanden wird, welche aber inhaltlich durch die Therapeutin gefüllt und erschlossen werden müssen. Ob dies bei den Therapeutinnen zu einem Erleben von Emotionen führt muss dahingestellt bleiben.

An diese Überlegungen lassen sich die Ergebnisse zum Thema Vortraumatisierung der Therapeutin nahtlos anschließen: Auch hier wurden Vor- und Nachteile diskutiert. Einig waren sich Betroffene und Supervisorinnen darüber, dass eine Vortraumatisierung für die therapeutische Arbeit und das empathische Verständnis der Klientin hilfreich sein kann. Ob dies jedoch auch auf die Resilienz der Therapeutin zutrifft, muss angezweifelt werden: Die Supervisorinnen legten nahe, dass insbesondere eigene Schutzmechanismen auf Grund von Vortraumatisierungen zu der oben beschriebenen peritraumatischen Dissoziation führen können, die unwillkürlich und nicht steuerbar einsetzt.

Einige Kolleginnen berichteten jedoch von hilfreichen Dissoziationsfähigkeiten, die sie auf Grund der erlebten Traumata erlernt haben und heute gezielt einsetzen. Es ist sicherlich auf der Basis der Interviews allein nicht entscheidbar, ob es sich dabei tatsächlich um einen Schutzfaktor handelt. In der weiteren Forschung sollte jedoch die These geprüft werden, dass die Faktoren Kontrollierbarkeit und intentionale Herbeiführung der Dissoziation - unabhängig von der Genese der Dissoziationsfähigkeit - die resultierende Belastung bedingen.

Deutlich wurde in den Interviews jedoch auch, dass die Vortraumatisierung der Therapeutin durch das Traumamaterial der Klientin reaktiviert werden kann. Dies äußerte sich insbesondere in einer Vermischung der Traumata in nächtlichen Alpträumen. Darin wurden Personen oder Qualitäten des Traumas der Klientin in Träume integriert, die ursprünglich das eigene Erleben symbolisierten. Die Therapeutinnen befanden sich hierbei, abweichend von den Intrusionen im Wachzustand, in der Position des Opfers. Festzuhalten ist jedoch, dass auch Therapeutinnen, die keine Vortraumatisierungen angaben, Alpträume erlebten, in denen sie das Trauma aus Sicht der Klientin nacherlebten. Insofern kann die Vortraumatisierung nicht als auslösender Faktor der Sekundären Traumatisierung, sicherlich aber als Risikofaktor und agravierende Komponente verstanden werden.

Ähnlich müssen auch die Aussagen bewertet werden, die eine Parallele der Klientin oder ihres Traumas zur Lebensgeschichte der Therapeutin als Auslöser der Sekundären Traumatisierung definierten. Auch hier fokussierten die Supervisorinnen ausschließlich auf Parallelen mit der Vortraumatisierung der Therapeutin, die eine Reaktivierung dieser Traumata auslösen könnten. Die Betroffenen gaben hauptsächlich an, die wahrgenommenen Parallelen hätten es ihnen erschwert, sich zu distanzieren. Ähnlichkeiten bestanden auch zu eigenen Vortraumatisierungen, wie die Supervisorinnen sie beschrieben. Darüber hinaus gaben die Therapeutinnen jedoch auch an, dass Ähnlichkeiten mit der Person der Klientin (z.B. Alter, Sprache, Humor, Beruf) oder eines anderen Traumaopfers (z.B. Kleinkinder, in dem Alter der

Kinder der Therapeutin) zu Schwierigkeiten mit der emotionalen Distanzierung führten. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass eine Kollegin ein eigenes Trauma, was zeitgleich mit der traumatherapeutischen Arbeit stattfand, als Auslöser beschrieb. Auch hier liegt nahe, dass das Erleben von Kontrollverlust zu einer verstärkten Identifikation mit den behandelten Klientinnen führte, denn die Therapeutin beschrieb in der Folge eine reduzierte emotionale Distanzierungsfähigkeit.

Aus Forschungsarbeiten zu Populationen, die berufsbedingt häufig potentiell traumatischen Situationen ausgesetzt sind, ist bereits bekannt, dass sich eine Traumastörung vor allem dann entwickelt, wenn von den Betroffenen eine Parallele zum eigenen Leben wahrgenommen wurde (Teegen, 2003). Auch in den vorliegenden Interviews gaben einige Kolleginnen an, sich auf Grund einer solchen wahrgenommenen Nähe zum Traumaopfer nicht ausreichend distanziert zu haben. Spannend wäre hier zu wissen, was der moderierende Faktor ist. Kommt es tatsächlich auf Grund der fehlenden emotionalen Distanz zu einer Ansteckung mit den Emotionen der Klientin, wie es Figley (1995) und Wilson und Thomas (2004) beschreiben? Oder führt die wahrgenommene Ähnlichkeit dazu, dass die Therapeutinnen das Trauma auf ihr eigenes Leben übertragen, die dementsprechenden Emotionen imaginieren und diese die Belastung bedingen? Oder ist die Belastung ein Indikator verletzter illusorischer Grundannahmen, wie es Pearlman und Saakvitne (1995) vermuten – und die Ähnlichkeit mit der Klientin unterminiert die Schutzversuche des Organismus?

Diese letzte These lässt sich zu den Beschreibungen der Betroffenen in Bezug setzen: Diese benannten zwar Veränderungen kognitiver Schemata, bewerteten diese retrospektiv jedoch in der Mehrzahl als realitätsangemessen und deshalb positiv. Manche Therapeutinnen beschrieben die nun veränderten Schemata als protektive Faktoren für die weitere Arbeit mit traumatisierten Klientinnen. Einige Interviewpassagen geben aber dennoch Hinweise darauf, dass es während der Akkomodationsphase durchaus zu Belastungen kam. Auch eine Supervisorin beschrieb die Akkomodation der Schemata als Auslöser von Hoffnungslosigkeit und Entfremdung. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die wahrgenommene Ähnlichkeit mit dem Trauma oder der

behandelten Klientin mit der Belastung in Zusammenhang stehen kann, ob sie jedoch einen Auslöser der Sekundären Traumatisierung oder ein Symptom derselben darstellt muss hier offen bleiben.

Auch bei dem Einfluss der Verleugnung der Traumata im beruflichen Umfeld bleibt unklar, ob es sich, wie von einigen Therapeutinnen beschrieben, um einen Auslöser der Belastung oder aber um einen aufrechterhaltenden Faktor handelt. Bekanntermaßen ist soziale Unterstützung ein wesentlicher moderierender Faktor bei der Entwicklung der PTSD (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000; Dunmore, Clark, & Ehlers, 2001; Ullmann & Filipas, 2001). Insbesondere die Validierung des Erlebten durch Andere scheint für die Integration des Traumas hilfreich zu sein. Überträgt man dieses Konzept auf die Situation der Therapeutin, so wird diese Validierung durch die wissenschaftliche Anerkennung klinischer Symptome und Störungsbilder sowie den kollegialen Dialog dargestellt. Da sich jedoch das Wissen über extreme Traumata wie z.B. rituellen Missbrauch nur langsam und verzögert verbreitete⁹, kamen viele Therapeutinnen in die Situation, von Klientinnen Traumamaterial zu hören, welches sich nicht validieren ließ. Laut Michaela Huber stellt dies (nach einer akuten Gefährdung der Klientin) die „zweitschlimmste Bedrohung der Helfer-Psyché“ dar (2004, S.281).

Es ließe sich hypothetisieren, dass die mangelnde Validierung des Traumamaterials in einem direkten Zusammenhang mit der Entwicklung der sekundärtraumatischen Symptomatik steht: Wie oben bereits beschrieben scheint die Entgrenzung eines der Anfangssymptome zu sein. Von den Supervisorinnen wurde die Entgrenzung mit der Position der hilflosen Zeugin, in der sich die Therapeutin bei fortgesetzten Traumatisierungen ihrer Klientin befindet, in Zusammenhang gebracht. Diese geht einher mit einer Überidentifikation mit der Klientin und einer empfundenen Verantwortlichkeit über die Grenzen des therapeutischen Settings hinaus. Hier wäre eine Begrenzung der Therapeutin durch ihr Team oder Supervisorinnen nötig. Fehlt diese und zweifeln die Kolleginnen darüber hinaus die Glaubwürdigkeit

⁹ Deutlich wird dies beispielsweise auch an der verzögerten wissenschaftlichen Anerkennung der *Dissoziativen Identitätsstörung* als Traumafolgestörung.

des Opfers an, so wird die loyale Überidentifikation mit dem Opfer erst recht forciert. Auch Gurrus (2002) beschreibt ein vergleichbares Bedrohungserleben bei den von ihm untersuchten Mitarbeiterinnen deutscher Behandlungszentren für Folteropfer. Seiner Meinung nach lässt sich dies auch darauf zurückführen, dass die Auseinandersetzung mit den Asylbehörden sowie einem verleugnenden Team als Stressfaktoren interagieren (vgl. auch Birck, 2001).

Auch die eigenen Bewertungen können als aufrechterhaltender Faktor der Sekundären Traumatisierung verstanden werden. Im Sinne des Modells von Ehlers und Clark (2000) lassen sich vor allem Kognitionen, die posthoc eine Kontrollierbarkeit der traumatischen Situation eröffnen, als solche interpretieren. Die Therapeutinnen beschrieben sowohl Kognitionen, die ihnen selbst die Schuld an der Verursachung der Sekundären Traumatisierung als auch an der Entwicklung der Symptomatik zuwiesen. Auch Schuldgefühle den behandelten Klientinnen gegenüber stellten einen zusätzlichen Belastungsfaktor dar. Interessant ist, dass keine der befragten Therapeutinnen von sich aus diese Kognitionen als Bestandteil der aufrechterhaltenden Dynamik beschrieb. Offen bleibt hier, ob die Therapeutinnen diesen Zusammenhang nicht erkannten, oder beschämt waren über solche Kognitionen zu berichten. Gerade weil sie im therapeutischen Setting eigentlich über viel Kontrolle verfügen und auch über die kognitiven Veränderungen nach Traumata informiert sind ist diese These nicht auszuschließen. Unterstützt wird sie durch die Aussagen der Supervisorinnen, die eine fortbestehende Tabuisierung der sekundärtraumatischen Belastung in der traumatherapeutischen Kollegenschaft dokumentieren.

Neben den bisher dargestellten internalen Faktoren wurden auch externale Bedingungen der Ätiologie und Genese der Sekundären Traumatisierung beschrieben. Auffällig ist, dass vor allem die Supervisorinnen auf die äußere Struktur der Arbeit sowie die Ausbildung fokussierten. Von einigen Betroffenen wurden diese nicht als Auslöser, wohl aber unter dem Stichwort *Coping* ebenfalls erwähnt.

Insbesondere die Summe der mit traumatisierten Klientinnen verbrachten Arbeitszeit, die Zusammensetzung der zu einem Zeitpunkt behandelten Klientel und das therapeutische Setting wurden hervorgehoben.

In Bezug auf das therapeutische Vorgehen betonte eine Supervisorin die Notwendigkeit, auch dieses bewusst zu kontextualisieren, da sich traumatische Erinnerungen durch das Fehlen von Kontextinformationen auszeichnen. Dieses muss durch eine Strukturierung und explizite Kontextualisierung des therapeutischen Prozesses ausgeglichen werden. Eine solche Strukturierung wird in der Literatur als hilfreich für die Klientinnen beschrieben. Dass auch die Therapeutinnen auf eine Strukturierung angewiesen sind, und das Fehlen derselben einen Risikofaktor für die Entwicklung der Sekundären Traumatisierung darstellt, wurde bisher jedoch noch nie expliziert. Dementsprechend fokussierten die Supervisorinnen auch auf das Risiko, dass mit dem Fehlen einer fundierten Ausbildung einhergeht. Drei Faktoren wurden als potenziell belastend umrissen:

- Wenig erfolgreiche Therapieverläufe, die mit der entsprechenden belastenden Symptomatik bei der Klientin einhergehen, können auch bei der Therapeutin zu Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit führen.
- Expositionen zu Traumamaterial, die nicht externalisiert¹⁰ stattfinden, belasten die Behandlerinnen, da sie sie in die Position der hilflosen Zeugin bringen. Dies könnte möglicherweise mit der Entstehung visueller Intrusionen in Zusammenhang stehen.
- Fehlende Selbsterfahrung, welche die überraschende Reaktivierung eigener Vortraumatisierungen durch das Traumamaterial der Klientin ermöglicht.

In Bezug auf die Auswahl der Klientel waren sich die Supervisorinnen einig, dass es keine allgemeingültigen Empfehlungen gibt, sondern dass eine Abstimmung auf die Person der Therapeutin sowie ihre aktuelle

¹⁰ Strategien zur Externalisierung der Traumaexposition umfassen Techniken, bei denen das Trauma auf einem äußeren Medium visualisiert wird. Dies soll die Kontrollierbarkeit der Exposition erhöhen und ein Abdriften der Klientin in dissoziative Wiedererlebenssequenzen verhindern (Boos, 2005; Huber, 2004; Sachsse, 2004).

Lebenssituation notwendig ist. Eine Supervisorin wies daraufhin, dass es hier jedoch auch einen Zusammenhang mit der Qualität der Ausbildung gibt: Die Klientel lässt sich nur dann steuern, wenn man auf Grund einer gut strukturierten Diagnostik frühzeitig im Behandlungsverlauf erkennt, welche Klientinnen welchen Diagnosen zuzuordnen sind.

Die betroffenen Therapeutinnen wurden zu den von ihnen als hilfreich erlebten Copingstrategien befragt. Neben einer Anpassung der Arbeitsbelastung und zusätzlicher Weiterbildung nannten sie viele Verhaltensweisen, die sie für gewöhnlich ihren Klientinnen empfehlen. So wurde eine Validierung durch den Austausch mit Supervisorinnen und anderen Betroffenen als entlastend erlebt. Zur Eindämmung der akuten Symptombelastung erwiesen sich Imaginationsübungen und sportliche Betätigung als besonders hilfreich. Auf der emotionalen Ebene wurde ein verstärktes Nähebedürfnis beschrieben, dessen Erfüllung der Entfremdungs- und Rückzugssymptomatik entgegenwirkte. In dieser Hinsicht scheinen sich also die Therapeutinnen nicht von ihren Klientinnen zu unterscheiden, was für die Therapiemöglichkeiten der Sekundären Traumatisierung hoffnungsvoll stimmt.

4.4.4 Offene Fragen

Auch nach der Auswertung der Interviewstudie sind viele Fragen weiterhin unbeantwortet und neue Fragestellungen aufgetaucht:

Wie häufig sind die einzelnen Symptome?

Zwar konnte eine Parallelität der Sekundären Traumatisierung mit der PTSD bestätigt werden. Neben den klassischen PTSD-Symptomen wurden jedoch auch neue Symptomkategorien gebildet, zu deren Prävalenz bisher keine empirischen Daten vorliegen. Insbesondere zwei Fragen drängen sich hier auf: Stellt Entgrenzung in Form von Grübeln und übermäßiger fachlicher Beschäftigung ein häufiges Anfangssymptom der Sekundären Traumatisierung dar? Und sind parapsychotische Symptome ein Randphänomen, was nur bei wenigen Therapeutinnen auftritt, die Klientinnen

aus dem Bereich *Ritueller Missbrauch* behandeln, oder stellen sie im Gegenteil einen integralen Bestandteil der Sekundären Traumatisierung dar?

Gibt es Symptomcluster oder Subtypen der Sekundären Traumatisierung?

Die Interviewstudie bestätigt, dass es unterschiedliche lange Verläufe der Sekundären Traumatisierung gibt. Es ist davon auszugehen, dass die Dauer der Belastung von der Schwere der Belastung abhängt. Zu fragen ist hier aber, ob es Symptome gibt, die erst bei einem bestimmten Schweregrad oder bei einer bestimmten Dauer der Belastung auftreten. Möglicherweise lassen sich auch anhand der imponierenden Symptomatik Subtypen der Sekundären Traumatisierung differenzieren, die unterschiedliche Verläufe aufweisen.

Ist die Menge der Exposition ein Risikofaktor?

Hinsichtlich der Auslösefaktoren divergieren die Angaben der Therapeutinnen und der Supervisorinnen: So stellten die Supervisorinnen die Belastung auch in Zusammenhang mit der Zusammensetzung der Klientel und der Exposition zu Details des Traumahergangs. Diese Thesen werden durch die Aussagen der Therapeutinnen nur sehr bedingt bestätigt. Ob sie also einen relevanten Ätiologiefaktor für die Mehrheit der Betroffenen darstellen, sollte quantitativ überprüft werden.

Was führt zu dem gehäuften Auftreten von Intrusionen?

Insbesondere die Tatsache, dass Intrusionen die häufigsten Symptome darstellen, ist als Anomalie der vorliegenden Theoriemodelle der PTSD zu werten. Um das Vorliegen eines peritraumatischen Hyperarousals auf Seiten der Therapeutin nicht nur theoretisch, sondern auch empirisch auszuschließen, sollten die Ergebnisse von Thomas und Wilson (2004) repliziert werden, in dem die A_2 -Kriterien nach DSM-IV für die Diagnose der PTSD erhoben werden.

Für das gehäufte Auftreten der Intrusionssymptome wäre den Theoriemodellen zufolge ein erhöhtes Erregungsniveau während der Enkodierung der Traumadetails verantwortlich. Die veränderte Enkodierung könnte jedoch auch durch die oben beschriebene peritraumatische

Dissoziation zustande kommen. Ob die peritraumatische Dissoziation wiederum auf ein erhöhtes Erregungsniveau zurückgeführt werden kann, bleibt zu prüfen. Dementsprechend sind die Zusammenhänge zwischen Dissoziationsneigung und Symptombelastung zu erfassen. Möglicherweise lässt sich anhand der Dissoziationsneigung die Population der Therapeutinnen auch in gefährdete und ungefährdete Personen differenzieren.

5 Quantitative Fragebogenstudie

Im folgenden Teil der Arbeit wird eine quantitative Fragebogenstudie zur Sekundären Traumatisierung vorgestellt. Dazu wird unter 5.1 zunächst die Methodik der Untersuchung erläutert: Es sollen das Material, die untersuchte Stichprobe und das Vorgehen bei der Datenauswertung detailliert dargestellt werden. Unter 5.2 werden die Ergebnisse zusammengefasst und durch Tabellen und Abbildungen belegt. Im Anschluss werden unter 5.3 die Ergebnisse und ihre Implikationen kritisch diskutiert.

5.1 Methoden

Wie bereits der qualitativen Interviewstudie liegt auch der quantitativen Fragebogenstudie ein explorativer Ansatz zu Grunde. Es werden deshalb nicht im engeren Sinne Hypothesen aufgestellt und geprüft. Die oben dargestellten *Offenen Fragen* bilden jedoch den Leitfaden der Studie. Darüber hinaus sollen die Daten auch auf Hinweise zur Hypothesengenerierung untersucht werden. Deshalb werden im Folgenden zunächst ausführlichere deskriptive Beschreibungen des vorliegenden Datensatzes sowie Evaluationen der angewandten Verfahren dargelegt.

Die Studie wurde als Online-Befragung durchgeführt. Die Bereitstellung des Onlineinstrumentes erfolgte durch eRes, Universität Basel. Dieses anonymisierte die eingegeben Daten und wandelte sie in einen SPSS-Datensatz um.

5.1.1 Material

Das Untersuchungsinstrument (s. Anhang D) setzt sich aus drei Skalen sowie Fragen zu Dauer, Häufigkeit und zeitlichem Abstand der erfragten Belastungen zusammen. Darüber hinaus umfasst es soziodemografische Fragen und Angaben zur Zusammensetzung der behandelten Klientel.

Das Kernstück des Untersuchungsinstrumentes bildet der *Fragebogen zur Sekundären Traumatisierung* (kurz: FST), der für diese Studie neu entwickelt wurde. Die Entwicklung dieses Instrumentes wird unten gesondert

aufgeführt. Der FST wurde in dieser Studie zur Ermittlung der Inzidenz der Sekundären Traumatisierung sowie deren Dauer eingesetzt. Dazu war es nötig, eine retrospektive Datenerhebung durchzuführen. Die Untersuchungsteilnehmerinnen wurden dementsprechend aufgefordert, sich an die ausgeprägteste Belastungsphase zu erinnern und die erste Woche dieser Belastungsphase mittels des FST zu beschreiben. Die in dieser Studie berichteten Daten unterliegen demzufolge jenen Validitätseinschränkungen, die mit einer retrospektiven Datenerhebung einhergehen.

Dem FST wurde die *Impact of Event Scale* in der deutschsprachigen, revidierten Form (IES-R; Maercker & Schützwohl, 1998) vorgeschaltet, um primäre Traumatisierungen im Berufsleben zu erfassen. Dies schien geboten, da die Rekrutierungsbemühungen zur Interviewstudie zeigten, dass zum einen einige Kolleginnen unter primären berufsbedingten Traumatisierungen leiden, und zum anderen die Differenzierung zwischen primären und sekundären berufsbedingten Traumatisierungen nicht allen Kolleginnen deutlich ist. Um also eine Vermischung, und damit eine Konfundierung der Fragebogenstudie zu Sekundärer Traumatisierung, auszuschließen, wurden die Teilnehmerinnen zunächst hinsichtlich potenziell traumatisierender Situationen im Berufsleben sowie ihrer Reaktionen darauf befragt. Dazu wurde die Instruktion der IES-R entsprechend angepasst (s. Anhang D), sodass der Bezug zur beruflichen Tätigkeit deutlich wird. Die Ergebnisse des IES-R werden im Rahmen dieser Arbeit nicht vertieft dargestellt, da sie zur Beantwortung der hier verfolgten Forschungsfrage nicht beitragen können. Jedoch leitet ein kurzer Überblick über die deskriptiven Statistiken und die in dieser Studie erreichte Reliabilität des Tests den Ergebnisteil ein.

Im Anschluss an den FST wurde eine Skala vorgegeben, die sich aus neun Items zu den Themen Distanzierung und peritraumatische Dissoziation zusammensetzt (*Skala Verarbeitung während des Zuhörens*). Diese wurde auf Basis der theoretischen Literatur, der oben dargestellten Interviewzitate sowie zweier Fragebögen zur peritraumatischen Dissoziationsneigung (Marmar, Weiss, & Metzler, 1997; Sack & Lamprecht, 2005) entwickelt. Sie enthält sechs Items, die peritraumatische Dissoziation erfassen (PV2, PV3, PV5, PV7, PV8, PV9), sowie als Distraktoren drei Items, die bewusste und

intentionale Verhaltensweisen zur emotionalen Distanzierung erheben (PV1, PV4, PV5). Die Bearbeitung des gesamten Erhebungsinstrumentes dauerte in der vorliegenden Stichprobe im Mittel 11,4 Minuten.

5.1.1.1 Entwicklung des Fragebogen zur Sekundären Traumatisierung

Das Ziel dieser Fragebogenentwicklung ist es, ein Instrument vorzulegen, welches regelmäßig in Inter- und Supervision zum Screening eingesetzt werden kann. Dementsprechend sollte es maximal fünf Minuten Bearbeitungszeit erfordern und in der Auswertung leicht handhabbar sein. Aus diesem Grunde wurde der FST bezüglich der Skalierung und des Auswertungsmodus der IES-R angepasst. Diese ist das wohl am häufigsten eingesetzte Diagnostikum der PTSD im deutschsprachigen Raum, sodass davon ausgegangen werden kann, dass die Handhabung den meisten Supervisorinnen bekannt ist.

Der *Fragebogen zur Sekundären Traumatisierung* umfasst 31 Items. Diese wurden auf Basis der qualitativen Interviews und unter Rückgriff auf bereits bestehende Tests für Sekundäre Traumatisierung sowie der Grundlagenliteratur zu PTSD und komorbiden Störungen konstruiert. Sie umfassen sowohl Items, die Symptome der drei PTSD-Symptomcluster nach DSM-IV erheben, als auch solche, die über die klassischen posttraumatischen und komorbiden Symptome hinausgehen. Ein Schwerpunkt wurde dabei auf die in der qualitativen Interviewstudie entwickelte Kategorie *Parapsychotisches Bedrohungserleben* gelegt. Dementsprechend beinhaltet der FST Items, welche Bedrohungsgefühle, Sicherheitsverhalten und parapsychotisches Erleben erfragen. Die Konstruktion der einzelnen Items geschah angelehnt an das von Bühner (2004, S. 45 ff) dargestellte Vorgehen. Die 31 Items lassen sich in acht Intrusionsitems, sechs Vermeidungsitems, sechs Hyperarousalitems, fünf Items zum parapsychotischen Bedrohungsgefühl sowie sechs Items zu komorbiden Symptomen der PTSD aufgliedern. Die Antwortvorgaben sind (in Anlehnung an die IES-R) auf einer Likertskala von 1 = *nie* bis 5 = *sehr oft* strukturiert. Der minimale Summenwert entspricht somit der Itemanzahl.

5.1.2 Stichprobe

Da die Erhebung als Onlinestudie konzipiert war, erfolgte auch die Anwerbung von Teilnehmerinnen hauptsächlich über das Internet. Um Emailadressen von Psychotherapeutinnen zu erhalten, wurden zunächst Suchmaschinen für Therapieplätze sowie für Mitglieder verschiedener Fachgesellschaften ausgewertet. Fachgesellschaften, auf deren Homepages sich keine Kontaktdaten zu ihren Mitgliedern finden ließen, wurden direkt angemailt und um Unterstützung der Studie gebeten. Insgesamt konnten so 1815 Personen in Deutschland, Österreich und der Schweiz direkt angemailt werden. Diesen Personen wurde nach sechs Wochen eine zweite Teilnahmeaufforderung zugesandt. Zudem wurden mehrere Email-Verteiler von Traumatherapie-Supervisorinnen und Traumatherapie-Ausbildungsinstituten sowie einer Traumatherapie-Fachgesellschaft in die Rekrutierung einbezogen.

Außerdem erschienen in den Zeitschriften *Vielfalt*, *EMDRIA-Newsletter* und *Psychiatrische Pflege Heute* Aufrufe, sich an der Studie zu beteiligen. Auch über Aushänge an Psychotherapie-Ausbildungsinstituten sowie auf einem Traumafachkongress (*DeGPT-Kongress 2005*) wurden Teilnehmerinnen rekrutiert. Ferner wurden 20 Traumafachkliniken und Beratungsstellen sowie der *Weißer Ring* direkt brieflich angeschrieben.

Auf Grund der vielfältigen Rekrutierungsbemühungen können zu dem Rücklauf der Studie keine Angaben gemacht werden. Selbst bei den Personen, die direkt angemailt wurden, lässt sich nicht nachvollziehen, wie viele Personen die Email trotz unbekannter Absenderadresse öffneten, sich aber dann bewusst gegen eine Beteiligung an der Studie entschieden.

Die endgültige Stichprobe umfasst (nach Ausschluss von 53 Fragebögen auf Grund fehlender Angaben beim FST) 1124 Personen. Sie setzt sich aus 760 Frauen und 350 Männern¹¹ zusammen. 926 Personen arbeiten als psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin, 189 in anderen Berufen, wie z.B. als Psychiatriepflegerin, Sozialarbeiterin oder Ergotherapeutin. Auch die Mitglieder des Weißen Rings, die ehrenamtlich Verbrechenopfer betreuen, wurden dieser zweiten Gruppe zugeordnet.

¹¹ Jeweils 9 Personen machten keine Angaben zu diesen beiden Fragen.

Im Mittel sind die Befragten 46,2 Jahre alt ($n = 1113$, $SD = 8,68$) und verfügten über 16,7 Jahre Berufserfahrung ($n = 1100$, $SD = 8,60$). Ihre Klientel beinhaltet im Mittel 46,24% traumatisierte Klientinnen ($n = 1036$, $SD = 29,60$), von denen im Mittel wiederum 55,43% Details des Traumahergangs berichteten ($n = 1011$, $SD = 32,65$). Fasst man diese beiden Variablen zu der absoluten Exposition zu Traumadetails zusammen, so erfuhren die Therapeutinnen im Mittel von 27,80% ihrer Klientinnen Traumadetails ($n = 996$, $SD = 25,21$).

5.1.3 Datenauswertung

Für die Datenauswertung wird ein konservatives, meist nicht-parametrisches Vorgehen gewählt. So erfolgen die Signifikanzprüfungen bei Vorliegen mehrerer Gruppen via *Kruskal-Wallis-Test* (exakt mit *Montecarlo-Methode*) und nachgeschaltetem *Games-Howell-Test*. Sollen zwei Gruppen verglichen werden, kommt der *Mann-Whitney-U-Test* zum Einsatz. Korrelative Zusammenhänge werden einheitlich mittels *Kendall-Tau-b* dargestellt. Alle inferenzstatistischen Überprüfungen werden beidseitig ausgeführt und das Signifikanzniveau wird einheitlich auf $p < .05$ festgesetzt.

Zur Ermittlung vorläufiger Kriteriumswerte wird eine *Clusterzentrenanalyse* durchgeführt. Wo dies hilfreich erscheint, werden zum Vergleich auch die Ergebnisse parametrischer Verfahren angeführt. Da diese jedoch nicht in die Diskussion eingehen sollen, findet sich ihre Darstellung hauptsächlich im Anhang. So wird die Evaluation der Skalen sowohl durch eine *Clusteranalyse* als auch durch eine *Faktorenanalyse* bewerkstelligt. Laut Bühner (2004, S. 159) ist für die explorative Analyse der Stichprobenkorrelationsmatrix die *Hauptkomponentenanalyse* das angemessene Instrument. Zu dem empfiehlt diese sich, da bei einem Datensatz der vorliegenden Größe die Voraussetzung der multivariaten Normalverteilung vernachlässigt werden kann. Auch die Zusammenhänge zwischen dem FST sowie der Skala *Verarbeitung während des Zuhörens* werden mit Hilfe eines parametrischen Verfahrens untersucht: Hier kommt die lineare *Regressionsanalyse* zum Einsatz. Diese wurde, wegen des geringeren Informationsverlustes, anderen Verfahren vorgezogen. Die Ergebnisse der parametrischen Verfahren sind aber wegen der Verletzung der Anwendungsvoraussetzungen nur als

heuristische Hinweise zur Hypothesengenerierung zu verstehen und sollten anhand eines weiteren Datensatzes repliziert werden.

An Stellen, wo sich ein Gruppenvergleich z.B. durch Mediansplits konstruieren lässt, wird die Mittelwertsdifferenz anhand der *Effektstärke d* hinsichtlich ihrer praktischen Bedeutsamkeit untersucht. Zur Bewertung der Effektstärke werden die von (Bortz, 1999, S. 137) angegebenen Kriterien (0.2 = *klein*, 0.5 = *mittel*, 0.8 = *groß*) herangezogen. Da auf Grund der sehr umfangreichen Stichprobe Korrelationen nur von beschränkter Aussagekraft für die praktische Bedeutsamkeit der Ergebnisse sind, wird bei signifikanten Korrelationen zusätzlich eine Schätzung der Effektstärke angegeben. Laut Jacobs (2005) lässt sich aus den nicht-parametrischen Korrelationen ein analoges Maß *ES* für die Effektstärke schätzen, welches häufig der *Effektstärke d* entspricht. Da es sich bei diesem Maß jedoch nur um eine Schätzung handelt, sollten auch diese Ergebnisse nur als vorläufig betrachtet werden.

5.2 Ergebnisse

Zunächst werden die Ergebnisse der *Impact of Event Skala* dargelegt, die die Prävalenz primärer berufsbedingter Traumatisierungen untersucht. Im Anschluss wird die Evaluation des *Fragebogens zur Sekundären Traumatisierung* bezüglich der statistischen Gütekriterien dargelegt. Aus der Verteilung der Summenwerte in der vorliegenden Stichprobe werden dann Kriteriumswerte abgeleitet, die eine Diagnosestellung ermöglichen. Im Anschluss wird der Datensatz auf Hinweise überprüft, die eine Bildung von Subtypen der Sekundären Traumatisierung nahe legen. Dazu werden die Auftretenshäufigkeiten von Symptomkombinationen inspiziert. Erst im Anschluss daran erfolgen inferenzstatistische Prüfungen der Zusammenhänge verschiedener Variablen.

Zur Ergänzung der Auswertung werden die mit dem FST erhobenen Daten in einen Zusammenhang mit der *Skala Verarbeitung während des Zuhörens* gestellt. Dazu wird diese evaluiert und die Häufigkeitsverteilung im vorliegenden Datensatz mittels deskriptiver Statistiken beschrieben.

5.2.1 Prävalenz der berufsbedingten primären PTSD

Zunächst wurde die Belastung aufgrund berufsbedingter primärer Traumatisierungen erhoben. Überprüft man die Daten des vorliegenden Datensatzes hinsichtlich der Epidemiologie primärtraumatischer Erlebnisse im Beruf, so zeigt sich, dass von den 1124 untersuchten Personen 619, also 54,1%, ein solches Erlebnis berichten. Dabei ist jedoch zu beachten, dass einige Personen beide Arten von Primärtraumata angaben: 43,8% (n = 492) nannten einen tätlichen Angriff, 41,2% (n = 463) eine Bedrohungssituation und 30,5% (n = 343) beide Situationen. In einem zweiten Schritt wurden dann die für eine Diagnose als Traumastörung notwendigen A₂-Kriterien erhoben. Hier zeigt sich, dass von den 619 Personen, die ein primärtraumatisches Erlebnis berichten, 381 (= 61,6%) darauf mit Hilflosigkeit, Angst oder Entsetzen reagierten. Bezogen auf den Gesamtdatensatz erfüllen also 31,3% der Befragten das A-Kriterium für eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD). Nur diese 352 Personen wurden über einen elektronischen Filter zur *Impact of Event* Skala (kurz: IES-R), einem Standardinstrument für die Erhebung einer primärtraumatischen PTSD, weitergeleitet. Legt man die von Maercker und Schützwohl (1998, S. 138) vorgelegte Formel der Diagnosestellung zu Grunde, so lässt sich bei 2,6% (n = 10) eine vollständige PTSD diagnostizieren (s. Abbildung 2). Es handelt sich dabei ausschließlich um psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen. In der Gruppe der Pflegerinnen und Sozialarbeiterinnen bildete niemand eine PTSD aus. Diese niedrige Prävalenz ist nicht erstaunlich, da zumindest im psychiatrischen Berufsumfeld ein möglicher Übergriff *erwartbar* ist, d.h. nicht als außergewöhnliches Erlebnis eingeordnet wird und deshalb eine darauf folgende Belastung möglicherweise auch nicht pathologisiert wird.

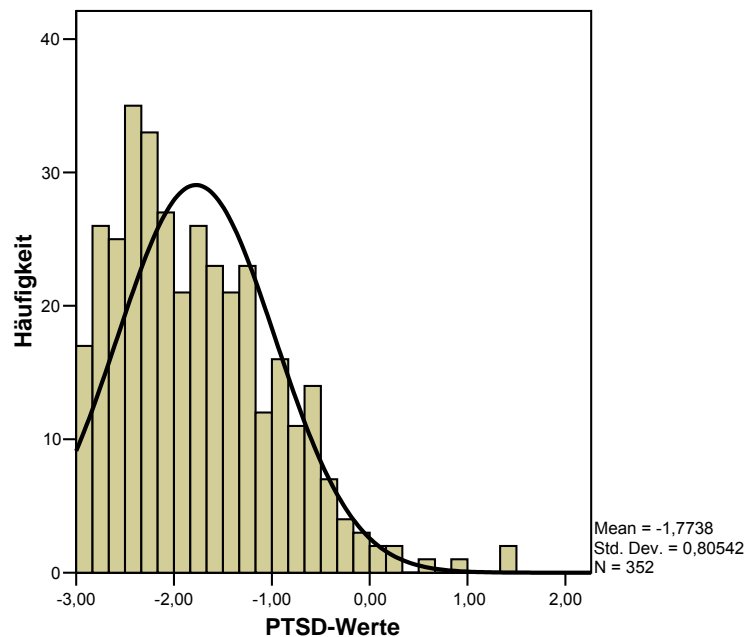


Abbildung 2: Häufigkeitsverteilung der PTSD-Werte nach der Diagnoseformel von Maercker und Schützwohl (Werte > 0,00 indizieren das Vorliegen einer PTSD)

Erhöhte Mittelwerte weisen die Items zu visuellen und gedanklichen Intrusionen, Reaktionsvermeidung und Hypervigilanz auf. Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass vorwiegend ein subsyndromaler Typ der PTSD festgestellt werden kann: Hervorgehoben werden soll hier, dass 34,4% dieser Stichprobe (n = 123) Gedankenintrusionen in einer Stärke von *manchmal* oder *oft* nennen und 29,2% (n = 105) über visuelle Intrusionen berichten. 46,4% der Befragten (n = 166) geben an, sich selber als vorsichtiger und aufmerksamer erlebt zu haben. Nur 12,5% (n = 45) dieser Stichprobe berichten, keinerlei Symptome als Reaktion auf das Erlebnis entwickelt zu haben. Bei fast der Hälfte der Stichprobe (48,8%, n = 175)) gingen die Symptome innerhalb der ersten vier Wochen zurück.

17,6% (n = 63) bzw. 6,4% (n = 23) der Befragten geben an, die Symptome seien innerhalb von 3 bzw. 6 Monaten abgeklungen. Bedenklich stimmt, dass immerhin 4,8% (n = 17) angeben, dass die Symptombelastung länger als 6

Monate anhielt und weitere 5,3% (n = 19) sogar auch heute noch unter den beschriebenen Symptomen leiden.

Die *Impact of Event Skala* erreicht in der vorliegenden Untersuchung eine interne Konsistenz von Cronbach`s $\alpha = .917$.

5.2.2 Zeitlicher Abstand der Belastungsphase

Wie oben bereits beschrieben, wurden die Untersuchungsteilnehmerinnen aufgefordert, sich an die ausgeprägteste Belastungsphase während ihrer Berufstätigkeit zu erinnern und diese mittels des FST zu beschreiben. Nur 68,0% der Stichprobe (n = 764) machten verwertbare Angaben zum zeitlichen Abstand dieser Belastungsphase (s. Tabelle 1). Da der Range der angegebenen Abstände sehr groß ist, muss tatsächlich mit Validitätseinschränkungen auf Grund der retrospektiven Erhebung gerechnet werden.

	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Abstand der Belastungsphase in Jahren	0	34	4,824	5,601

Tabelle 1: Abstand der Belastungsphase

5.2.3 Evaluation des Fragebogen zur Sekundären Traumatisierung

Der *Fragebogen zur Sekundären Traumatisierung* setzt sich aus 31 Items zusammen. Betrachtet man diese 31 Items zunächst einzeln, so zeigt sich, dass alle Items des FST signifikant von der Normalverteilung abweichen: 29 der 31 Items sind deutlich linkssteil verteilt (maximale Schiefe = 4,7 bei ST8), Item ST2 ist symmetrisch verteilt und Item ST1 ist als einziges Item leicht rechtssteil verteilt mit einer Schiefe von -0,1. Betrachtet man die Abweichungen von der Normalverteilung in Form einer Kurtosis, so zeigt sich auch hier eine gleichgerichtete, positive Abweichung für die Mehrzahl der

Items (maximale Kurtosis = 25,1 bei ST8). Insgesamt acht Items zeigen jedoch eine negative Abweichung (maximale Kurtosis = -0,8 bei ST2).

Auch die Verteilung der Summenwerte des FST ist dementsprechend nicht normalverteilt (Kolmogorov-Smirnov-Z = 3,22; $p < .000$): Sie weist eine Schiefe von 1,2 sowie eine Kurtosis von 2,3 auf, bei einem Mittelwert von 57,83 und einer Standardabweichung von 17,98 (s. Abbildung 3).

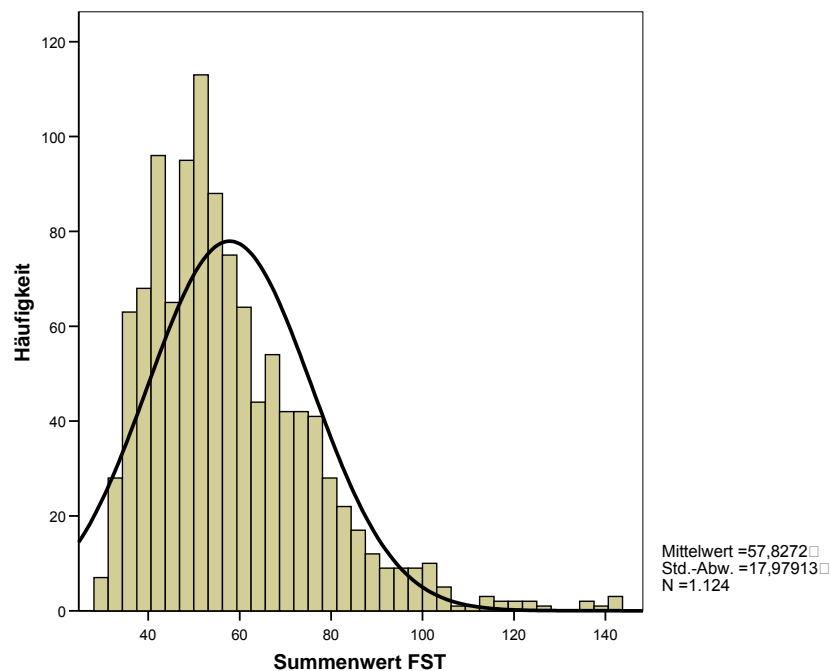


Abbildung 3: Häufigkeitsverteilung des FST-Summenwertes

Im Folgenden werden die einzelnen Items hinsichtlich ihrer Schwierigkeit und Trennschärfe betrachtet, um die endgültige Zusammensetzung der Skala festzulegen.

Die Schwierigkeiten der Items, hier dargestellt durch die Mittelwerte in der Stichprobe, reichen von 1,16 bei Item ST29 bis zu 3,3 bei Item ST1. Es wird also ein Range von 2,14 der fünfstufigen Antwortskala erreicht, dabei wird zu einem größeren Anteil die untere Skalenhälfte belegt, die eine geringe Ausprägung der Symptome kodiert. Dies ist für einen Test, der als Screeninginstrument für klinische Symptome eingesetzt werden soll, wünschenswert.

Die part-whole-korrigierten Itemtrennschärfen von über neunzig Prozent der Items liegen zwischen .450 und .700. (Folgt man den Bewertungskriterien von Fisseni (1997), so sind Trennschärfen über .50 als *hoch* und Trennschärfen zwischen .30 und .50 als *mittel* zu bewerten.) Betrachtet man die part-whole-korrigierten Itemtrennschärfen der übrigen Items, so zeigt sich, dass auch diese sämtlich als *mittel* bewertet werden können. Es fällt auf, dass sowohl das Item ST29 (*Vortraumatisierung*) mit einer Trennschärfe von .352 als auch das Item ST1 (*Grübeln*) mit einer Trennschärfe von .379 am unteren Rand der Verteilung liegen (s. Abbildung 4). Beide Items weisen also mittlere Trennschärfen, aber auch extreme Schwierigkeiten auf: Während ST1 das mit Abstand leichteste Item ist, weist das Item ST29 eine sehr hohe Schwierigkeit auf. Dies könnte einen Grund für die verhältnismäßig niedrigeren Trennschärfen darstellen. Von den Items ST8 (*Albtraum*) und ST7 (*Traum*) werden allerdings ähnliche Schwierigkeiten bei höherer Trennschärfe erreicht.

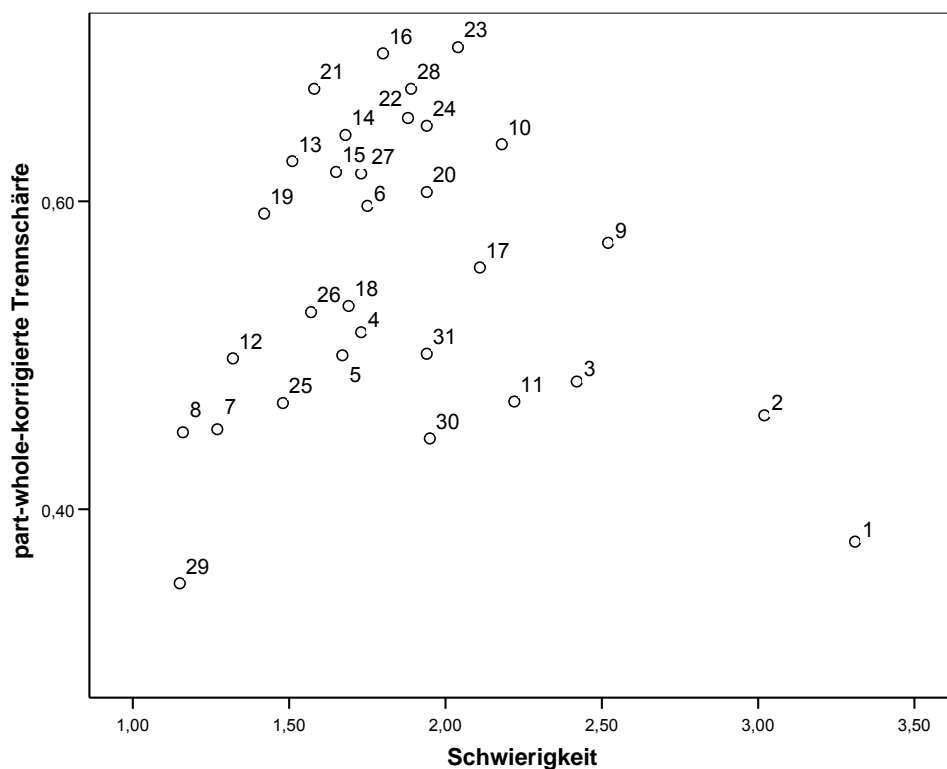


Abbildung 4: Part-whole-korrigierte Trennschärfe, bezogen auf die Schwierigkeit

Ein weiterer Grund für die mittleren Trennschärfen könnte auch in der Streuung der Items liegen: Lienert und Ratz (1998, S. 31) geben an, dass in der Regel mittelschwere Items die höchste Streuung aufweisen, bei extremen Schwierigkeiten hingegen nimmt die Wahrscheinlichkeit für eine hohe Streuung ab. Da die Items des FST zumeist linkssteil verteilt sind, muss diese Annahme etwas variiert werden: Unter diesen Bedingungen sind vor allem hohe Streuungen für Items mit einer höheren Schwierigkeit zu erwarten, da diese das Vorliegen einer Symptombelastung am besten indizieren. Die Inspektion der Streuungsverteilung bestätigt diese Voraussage (s. Abbildung 5): Die höchste Streuung wird von Items mit Schwierigkeiten um 2 erreicht. Das Item ST29 weist die niedrigste Streuung auf, während das Item ST1 eine erstaunlich hohe Streuung zeigt:

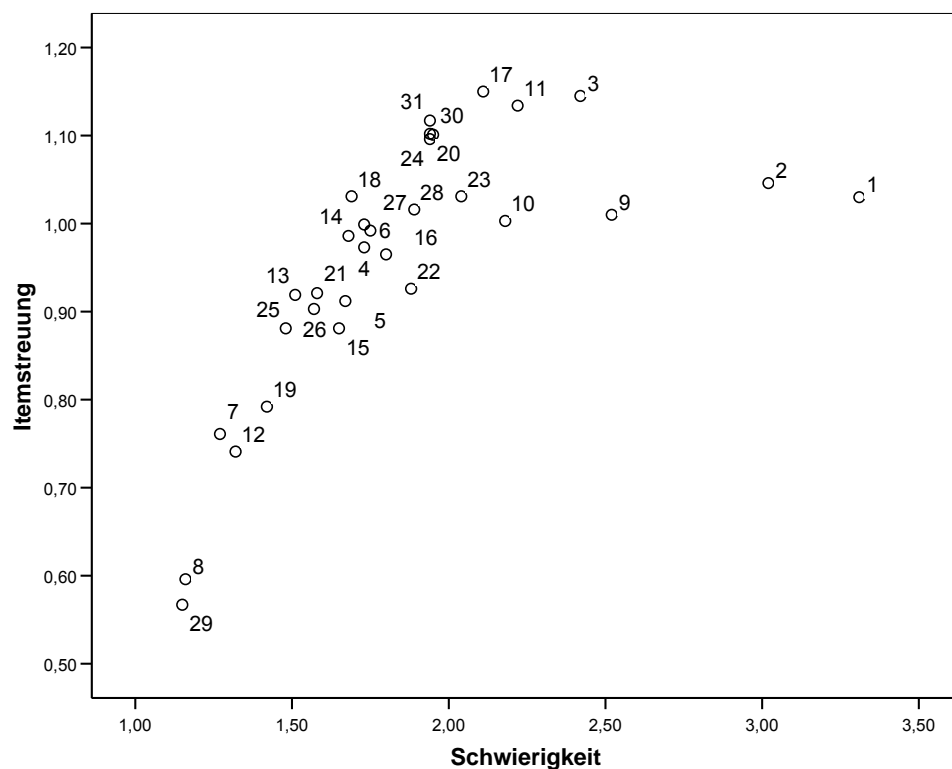


Abbildung 5: Itemstreuung, bezogen auf die Schwierigkeit

Laut Bühner (2004, S. 99) soll in diesem Fall zusätzlich der Zusammenhang zwischen Streuung und Trennschärfe betrachtet werden. In der Regel korrelieren Items mit hoher Streuung mit höherer Wahrscheinlichkeit mit den

verbleibenden Items. Dies trifft allerdings nur dann zu, wenn es sich um systematische und nicht um zufällige Streuungen handelt. Im Idealfall sollten also die Punkte auf der folgenden Abbildung 6 auf einer von links unten nach rechts oben ansteigenden Gerade liegen. Auch hier muss jedoch auf Grund der Schiefe der Items für den vorliegenden Test eine leichte Abweichung erwartet werden.

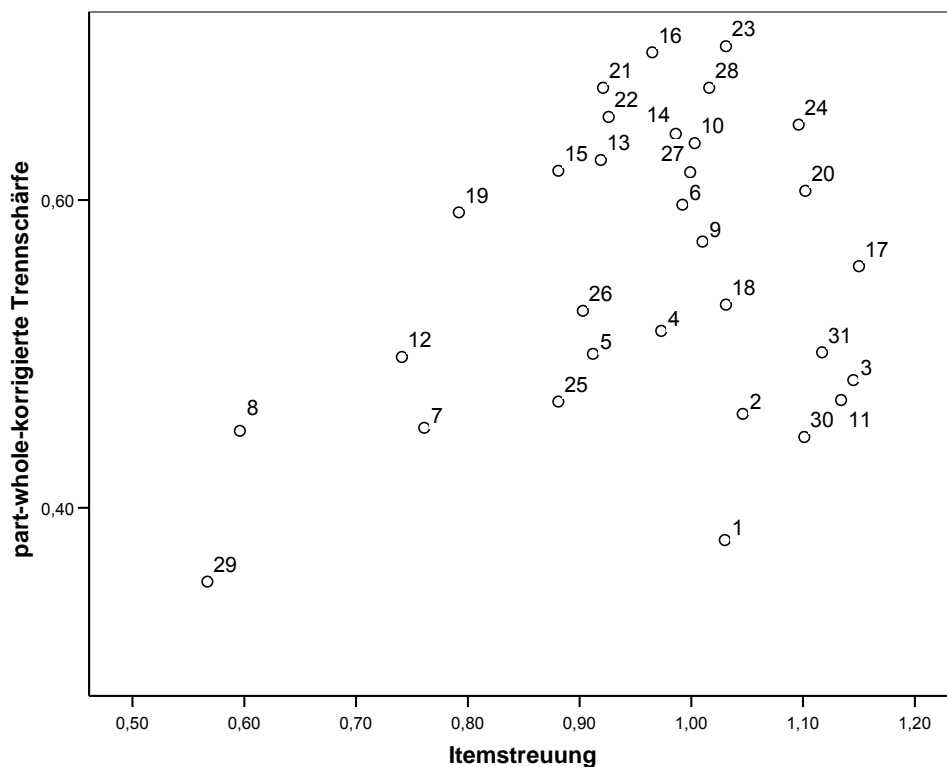


Abbildung 6: Part-whole-korrigierte Trennschärfe, bezogen auf die Itemstreuung

Es zeigt sich, dass das Item ST29 erwartungsgemäß den unteren Ausgangspunkt einer gedachten Geraden darstellt, während Item ST1 die größte Abweichung von dieser Geraden aufweist. Laut Bühner (2004, S. 100) sollen Items mit geringerer Trennschärfe nur dann in Kauf genommen werden, wenn die Schwierigkeit extrem ausfällt. Dies ist für die Items ST1 und ST29 zu bestätigen. Items mit hoher Streuung und geringerer Trennschärfe sollen zusätzlich analysiert werden. Dies trifft insbesondere auf das Item ST1 zu. Um über den Verbleib der Items in der Skala zu

entscheiden, sollen diese beiden Items nun eingehender hinsichtlich ihrer Charakteristika betrachtet werden. Dazu ist es hilfreich, die Mittelwerte der restlichen Items auf den Itemstufen des zu betrachtenden Items abzubilden. So lässt sich erkennen, ob mit zunehmender Ausprägung des Zielitems auch die Ausprägung der restlichen Items ansteigt.

Abbildung 7 zeigt, dass bei Item ST1 trotz mittlerer Trennschärfe und niedriger Schwierigkeit die Verteilung der Antwortkategorien erwartungstreu ausfällt. Die Menge der Ausreißer- und Extremwerte könnte den Grund für die mittlere Trennschärfe darstellen.

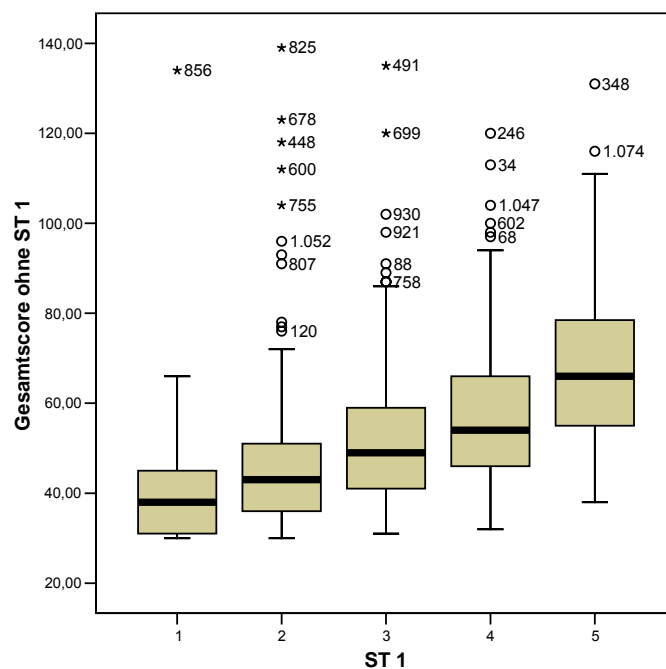


Abbildung 7: Verteilung der Summenwerte ohne ST1, abgebildet auf den Itemstufen von ST1

(Balken = Median; Kasten = 25. -75. Perzentil; Querstriche = Range der nicht-extremen Werte; Punkte = Ausreißerwerte (1,5- bis 3facher Interquartilabstand); Sterne = Extremwerte (mehr als 3facher Interquartilabstand))

Die Verteilung des Items ST29 ist uneindeutiger: Zwar ist die Verteilung für die mittleren Antwortkategorien nicht ganz erwartungstreu, dafür deutet der extrem hohe Median der Antwortkategorie 5 = *sehr oft* darauf hin, dass das

Item einen relevanten Bereich des untersuchten Symptomclusters abbildet (s. Abbildung 8).

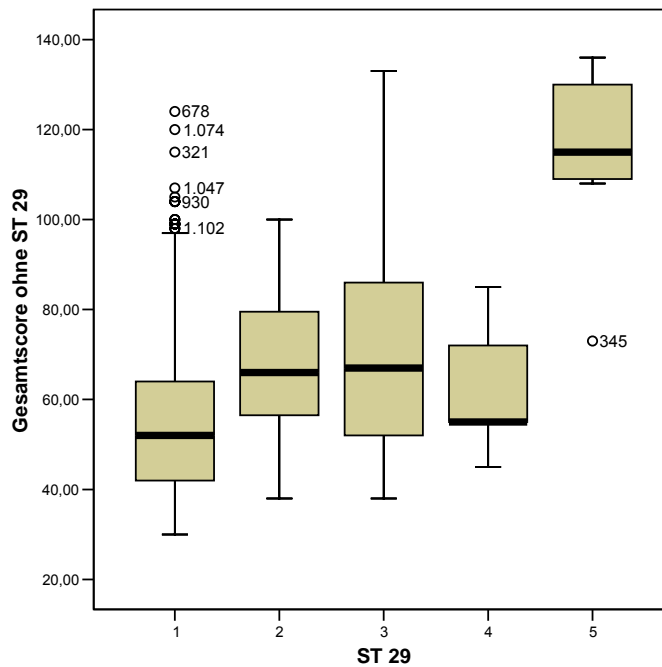


Abbildung 8: Verteilung der Summenwerte ohne ST29, abgebildet auf den Itemstufen von ST29

(Balken = Median; Kasten = 25. -75. Perzentil; Querstriche = Range der nicht-extremen Werte; Punkte = Ausreißerwerte (1,5- bis 3facher Interquartilabstand); Sterne = Extremwerte (mehr als 3facher Interquartilabstand))

Da das Item ST29 das Vorliegen einer traumatischen Vorgeschichte voraussetzt, welche in der Phase der Sekundären Traumatisierung reaktiviert wurde, ist zu bedenken, dass die Antwortstufe 1 = *nie* auch jene Personen umfasst, auf die das Item nicht zutrifft.

Als letzter Schritt wird nun noch eine explorative Skalenanalyse durchgeführt, um zu prüfen, ob die untersuchten Items zu einer signifikanten Verringerung der Reliabilität der Skala führen. Dazu werden die internen Konsistenzen der Skala ohne die betreffenden Items berechnet. Der Test erreicht in der ursprünglichen Form eine interne Konsistenz von Cronbach's $\alpha = .937$. Dieses stellt eine sehr hohe Reliabilität dar. Die explorative Skalenanalyse zeigt, dass die interne Konsistenz der Skala auch bei Ausschluss der Items

ST1 und ST29 nicht weiter ansteigt. Da nach Fisseni (1997) die interne Konsistenz mit Cronbach's $\alpha = .937$ als *hoch* einzuschätzen ist, verbleiben die beiden Items in der Skala.

Auf Grund der hohen internen Konsistenz der Skala ist es akzeptabel, fehlende Werte durch das individuelle Testmittel zu ersetzen¹². Fragebögen mit mehr als drei fehlenden Werten werden jedoch aus der weiteren Analyse ausgeschlossen. Diese Bereinigung führt nur zu einer geringfügigen Homogenisierung der Skala, die nun eine interne Konsistenz von Cronbach's $\alpha = .939$ aufweist.

5.2.4 Entwicklung des vorläufigen Kriteriumwertes

Entwickelt man ein neues Screeninginstrument in einem Forschungsbereich, der noch über keine reliablen Maße zur externen Validierung verfügt, so steht man in der Verantwortung, zumindest vorläufige Kriteriumswerte anzugeben. Diese ermöglichen eine tentative Diagnosestellung. Die Kriteriumswerte sollten dann jedoch weiteren empirischen Überprüfungen unterzogen werden.

Welche Kriteriumswerte sind also denkbar? Auf Grund der extrem schiefen Verteilung der Summenwerte, können die meisten Verfahren zur Bestimmung von diagnostischen Trennwerten nicht angewandt werden. Zwar gibt es Hinweise auf eine möglicherweise ausreichende Robustheit der Verfahren¹³ bei einem Datensatz der vorliegenden Größe. Da jedoch die Verteilung sowohl eine deutliche Schiefe von 1,2 als auch eine Kurtosis von 2,3 aufweist, wird hier von diesen Verfahren abgesehen.

Auch eine normalisierende Transformation der Daten ist nicht empfehlenswert: Die explorative Kurvenanpassung zeigt, dass nur eine Lognormal-Transformation die erwünschte Normalisierung der Verteilung bewerkstelligen würde (s. Anhang E1). Bortz, Lienert und Boehnke (2000, S. 82) raten von der Verwendung einer derartigen Transformation jedoch ab,

¹² Solange maximal drei Items, d.h. weniger als zehn Prozent des Tests, unbeantwortet sind.

¹³ trotz Verletzung der Normalverteilungsannahme

solange die Verteilung der Stichprobe wahrscheinlich die Verteilung der Population abbildet und nicht allein konstruktionsbedingt ist, also z.B. durch die Berechnung von Prozentwerten oder Proportionen zustande kam. Da im vorliegenden Fall von einer mindestens so schiefen Verteilung in der Population ausgegangen wird und die Schiefe nicht erhebungsbedingt ist wird davon abgesehen, eine solche normalisierende Transformation anzuwenden.

Auf diesem Hintergrund scheint die Clusterzentrenanalyse das Instrument der Wahl zur Bestimmung vorläufiger Kriteriumswerte zu sein. Die Clusterzentrenanalyse ist ein voraussetzungsloses, exploratives Verfahren, das also auch auf extrem schiefe Verteilungen anwendbar ist. Die Distanzen werden dabei unter Verwendung des einfachen Euklidischen Abstands berechnet. Da es sich bei der hierarchischen Clusterzentrenanalyse um eine explorative Methode handelt, müssen die Ergebnisse als vorläufig gelten, bis diese durch eine unabhängige Stichprobe bestätigt werden.

Für die Ermittlung möglicher Kriteriumswerte wird eine schrittweise Clusterzentrenanalyse der Fälle ($n = 1124$) durchgeführt. Um eine ausreichende Differenzierung der Summenwerte zu erzielen, werden dazu zunächst drei Cluster angefordert. Es ergeben sich Gruppen mit folgenden Mittelwerten (s. Tabelle 2):

Clusterzentren der endgültigen Lösung			
	Cluster		
	1	2	3
Mittel des FST-Summenwert	67,44	45,38	99,01

Tabelle 2: Mittel der FST-Summenwerte bei der 3-Cluster-Lösung

Bei dieser Lösung werden dem ersten Cluster 36,3% ($n = 408$), dem zweiten Cluster 55,4% ($n = 623$) und dem dritten Cluster 8,3% ($n = 93$) der Stichprobe zugeordnet. Bedenkt man, dass der niedrigste mögliche Summenwert bei 31 Punkten liegt, der höchste in der Stichprobe auftretende

Summenwert jedoch bei 142 Punkten, so wird deutlich, dass diese Clusterlösung noch keine ausreichende Differenzierung der Stichprobe darstellt.

Bei der 4-Cluster-Lösung ergibt sich folgende Aufteilung der Stichprobe (s. Tabelle 3):

Clusterzentren der endgültigen Lösung				
	Cluster			
	1	2	3	4
Mittel des FST-Summenwert	76,63	57,51	41,74	106,16

Tabelle 3: Mittel der FST-Summenwerte bei der 4-Cluster-Lösung

Bei dieser Lösung werden dem ersten Cluster 19,5% (n = 219), dem zweiten Cluster 37,8% (n = 425) und dem dritten Cluster 37,5% (n = 422) und dem vierten Cluster 5,2% (n = 58) der Stichprobe zugewiesen. Verglichen mit der 3-Cluster-Lösung wird zwar für die stärkere Symptombelastung ein Cluster mit höherem Mittelwert der Summenscores gebildet (Cluster 4). Die Differenzierung der Stichprobe in eine weitere Gruppe findet jedoch im unteren Symptomausprägungsbereich statt, der für das Anliegen dieses Screeninginstrumentes weniger relevant ist.

Im Folgenden wird deshalb jene Gruppeneinteilung dargestellt, die sich bei der Anforderung von fünf Clustern ergibt (s. Tabelle 4):

Clusterzentren der endgültigen Lösung					
	Cluster				
	1	2	3	4	5
Mittel des FST-Summenwert	91,97	72,37	125,24	56,36	41,74

Tabelle 4: Mittel der FST-Summenwerte bei der 5-Cluster-Lösung

Diese Lösung weist die erwünschte Differenzierung im mittleren und hohen Symptomausprägungsbereich auf. Hier werden dem ersten Cluster 7,7% der Stichprobe (n = 86), dem zweiten Cluster 19,9% (n = 224) und dem dritten Cluster 1,5% (n = 17) zugeordnet. Mit der Bildung des vierten (375 Personen, entspricht 33,4% der Stichprobe) und fünften (422 Personen, entspricht 37,5% der Stichprobe) Clusters wurde auch hier eine wenig sinnvolle Unterteilung im unteren Bereich der Summenwerte vorgenommen. Fordert man weitere Clusterunterteilungen an, so erhält man ausschließlich Cluster, die weniger als 1,1% der Fälle umfassen. Diese scheinen also keine relevanten Symptomsteigerungen mehr abzubilden.

Bleibt man deshalb bei der 5-Cluster-Lösung, so bietet sich eine Zusammenfassung der Cluster 4 und 5 an, die Personen mit Summenwerten bis einschließlich 64 umfassen. Der Summenwert 64 entspricht einer durchschnittlichen Symptomeinstufung als *selten*. Da das Ziel eines Screeninginstrumentes die einfach zu handhabende, tentative Diagnosestellung ist, muss auch eine Zusammenfassung der Cluster 1 und 3 diskutiert werden. Diese umfassen Personen, die hohe Summenwerte erreichten. Für die Indikationsstellung der Behandlungsbedürftigkeit, die durch den Kriteriumswert ermöglicht werden soll, scheint bereits der Mittelwert des Clusters 1 von 91,97 hinreichend. Eine Zusammenfassung dieser beiden Cluster kann jedoch nicht allein auf Grund statistischer Kriterien erfolgen, sondern muss auch auf inhaltlichen Überlegungen gründen. Die folgenden Analysen sollen deshalb die Ausprägungen einzelner Items darstellen, die für diese Indikationsstellung besonders aussagekräftig sind. Dafür wird zum einen das Item *Dauer der Sekundären Traumatisierung* analysiert, um die resultierende Belastung hinsichtlich des zeitlichen Verlaufs einschätzen zu können. Zum anderen wird das Item *Suizidgedanken* (ST31) näher betrachtet, da es einen akuten Behandlungsbedarf nahe legt.

Zunächst wird als Vergleich das Cluster 2 hinsichtlich dieser Variablen beschrieben: Zwar liegen hier die Skalensummenwerte zwischen 65 und 82, was mittleren Symptombewertungen von *selten* bis *manchmal* entspricht.

Dennoch wurden bei allen Items außer ST13 (*Entfremdung*) von Einzelnen auch die Extremwerte angegeben. Betrachtet man die in diesem Cluster zusammengefassten Personen hinsichtlich der von ihnen angegebenen Symptombdauer, so zeigt sich die in Abbildung 9 dargestellte Verteilung: Die Hälfte¹⁴ der befragten Personen berichtet über eine kurze Symptombdauer: 50,5% (n = 109) gaben an, die Symptome seien innerhalb der ersten vier Wochen abgeklungen. Andererseits berichten 13,4% dieses Clusters (n = 29) über eine Symptombdauer von drei bis sechs Monaten, weitere 6,5% (n = 14) geben an, die Symptome hätten sie sogar länger als sechs Monate belastet. Insgesamt 9,7% der hier zusammengefassten Personen (n = 21) beschreiben das Fortbestehen einzelner Symptome. Zusammenfassend lässt sich also feststellen, dass insgesamt 29,6% (n = 64) eine Symptombdauer von mehr als drei Monaten angeben.

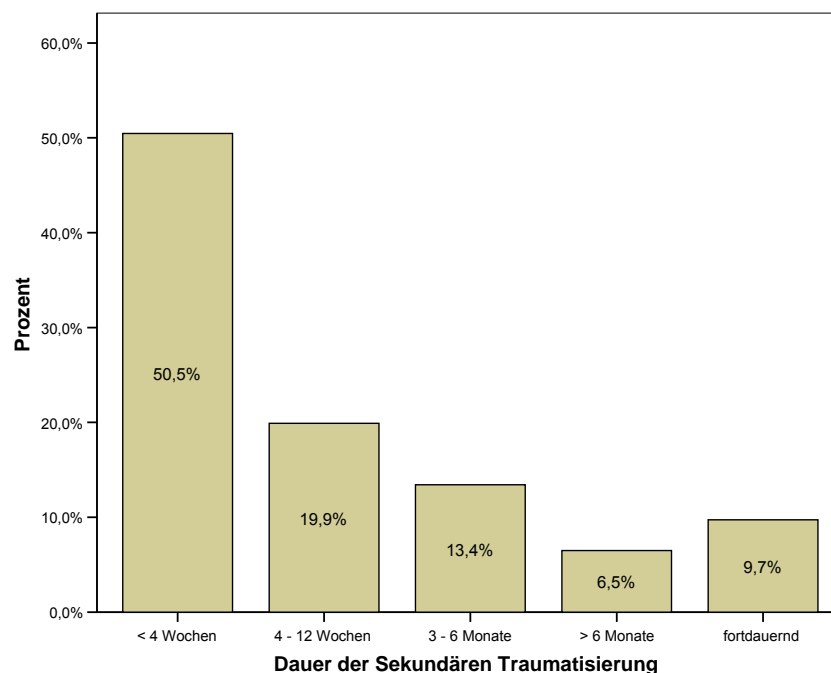


Abbildung 9: Dauer der Sekundären Traumatisierung in Cluster 2

Zieht man als zweites Bewertungskriterium das Item *Suizidgedanken* (ST31) heran, so ergibt sich folgendes Bild: Die Personen des Clusters 2 erreichen

¹⁴ Insgesamt 8 Personen dieses Clusters machten keine Angaben zur Symptombdauer.

hier einen Mittelwert von 2,49 (SD = 1,14). Dies entspricht einer mittleren Auftretenshäufigkeit des Symptoms zwischen *selten* und *manchmal*. Auch bei diesem Item wurde jedoch die volle Bandbreite der Antwortskala von einzelnen Personen ausgeschöpft: So gaben 23,2% (n = 52) an, *nie* an Suizid gedacht zu haben. Bei 29,9% (n = 67) traten *selten* und bei weiteren 26,3% (n = 59) *manchmal* Suizidgedanken auf. 16,1% der Personen des Clusters 2 (n = 36) beschäftigten sich *oft* mit der Möglichkeit der Selbsttötung, 4,5% (n = 10) sogar *sehr oft*. Die Verteilung der Antwortkategorien ist in Abbildung 10 dargestellt. Insgesamt lässt sich festhalten, dass 20,6% (n = 46) oft bis sehr oft mit dem Thema Suizid konfrontiert waren.

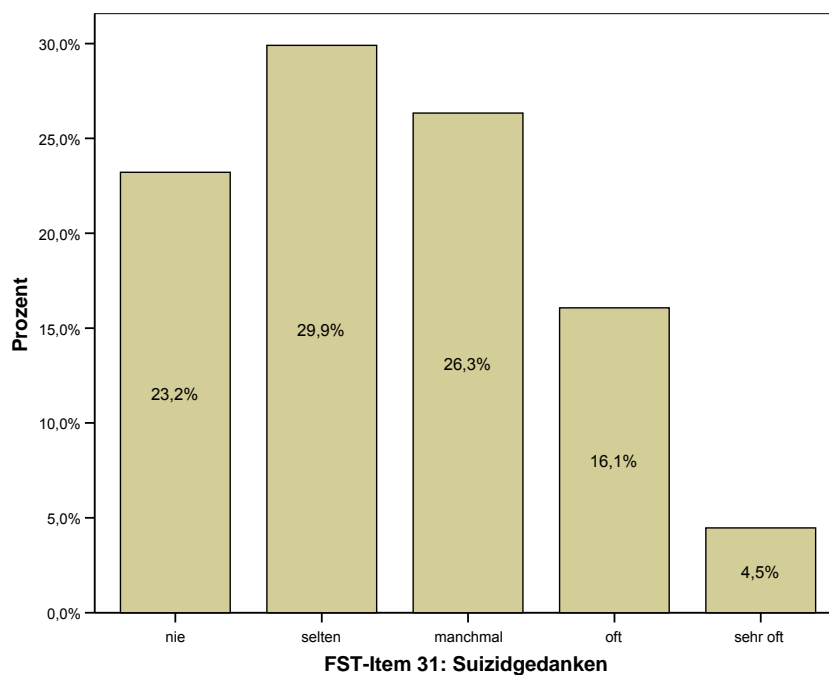


Abbildung 10: Auftretenshäufigkeit von Suizidgedanken in Cluster 2

Im Vergleich dazu stellen sich diese beiden Items bei den Personen des Clusters 1, die Summenwerte von 83 bis 108 erreichten, wie folgt dar:

Der Verlauf der Belastung ist deutlich länger als bei den Personen des Clusters 2. Die meisten der Befragten¹⁵ geben zwar an, die Symptome seien

¹⁵ Insgesamt 6 Personen dieses Clusters machten keine Angaben zur Symptombdauer.

innerhalb der ersten vier Wochen zurückgegangen (30,0%, n = 24). Bei 27,5% dieser Gruppe (n = 22) dauerte die Rekonvaleszenz jedoch zwischen vier und zwölf Wochen, bei weiteren 11,2% (n = 9) zwischen drei und sechs Monaten. Sieben Personen (8,8%) geben an, die Symptome hätten länger als sechs Monate angehalten, bei 22,5% der Befragten (n = 18) dauern sie auch weiterhin an (s. Abbildung 11).

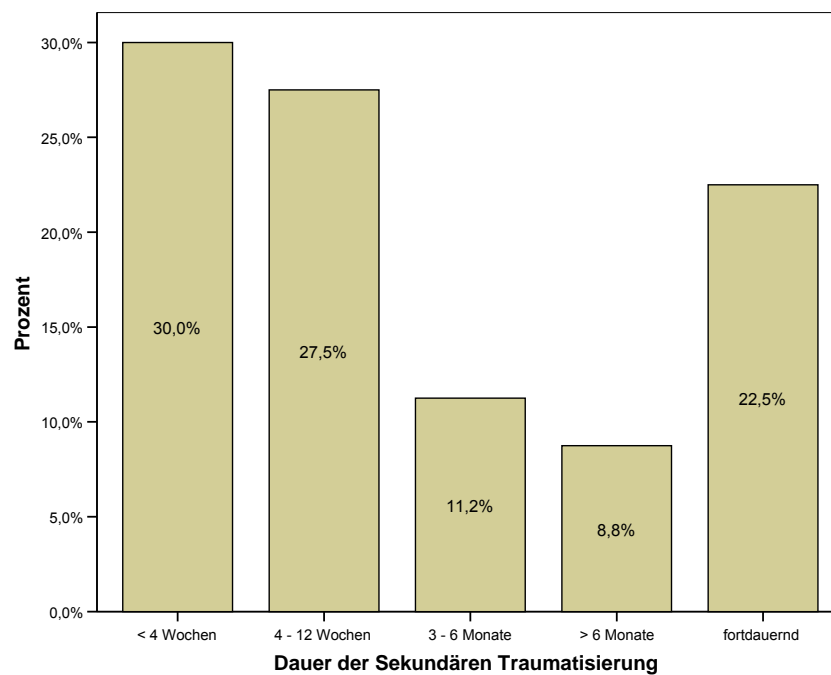


Abbildung 11: Dauer der Sekundären Traumatisierung in Cluster 1

Hier hält die Belastung also bei insgesamt 42,5% der Personen länger als 3 Monate an, und bei 22,5% des Clusters 1 findet sich sogar eine dauerhafte Symptomausprägung. Dies ist eine inhaltlich relevante Steigerung, verglichen mit den Werten des Clusters 2.

Um den akuten Handlungsbedarf zu ermitteln wird im Folgenden das Item ST31 betrachtet, das die Häufigkeit von Suizidgedanken erfasst. Es zeigt sich die folgende Verteilung innerhalb des Clusters 1 (s. Abbildung 12): Der Mittelwert der Gruppe liegt bei 3,01 (SD = 1,31), also bei der Antwortkategorie *manchmal*. Hier geben bereits insgesamt 43,0% der Personen (n = 37) eine *häufige* (30,2%, n = 26) bis *sehr häufige* (12,8%, n =

11) Beschäftigung mit Suizid an. Nur 16,3% der Befragten (n = 14) waren *nie* mit dem Thema Suizid beschäftigt. 22,1% (n = 19) dachten *selten* und weitere 18,6% (n = 16) *manchmal* darüber nach.

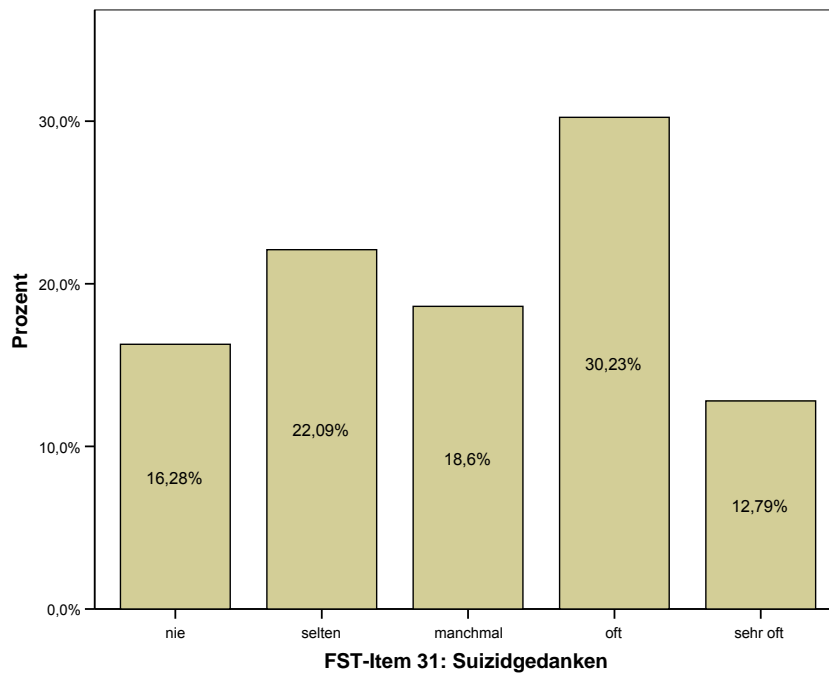


Abbildung 12: Auftretenshäufigkeit von Suizidgedanken in Cluster 1

Die Cluster 1 und 3 werden auf dem Hintergrund dieser Ergebnisse für die Screeningdiagnostik zu der Kategorie *sekundärtraumatisiert* zusammengefasst.

Kriteriumswerte:

Zusammenfassend werden also folgende Kriteriumswerte für das Screeninginstrument vorgeschlagen:

Bis einschließlich eines FST-Summenwertes von 64 Punkten werden die Personen als *nicht-sekundärtraumatisiert* diagnostiziert. Bei Summenwerten über 64 wird von einer Sekundären Traumatisierung gesprochen. Die Personen, die als sekundärtraumatisiert diagnostiziert werden, können jedoch nochmals in zwei Gruppen unterteilt werden: Jene mit einem Summenwert von 65 bis 82 Punkten, bei denen eine *moderate* Sekundäre

Traumatisierung festgestellt wird, und jene mit mehr als 82 Punkten, bei denen eine *schwere* Sekundäre Traumatisierung diagnostiziert wird.

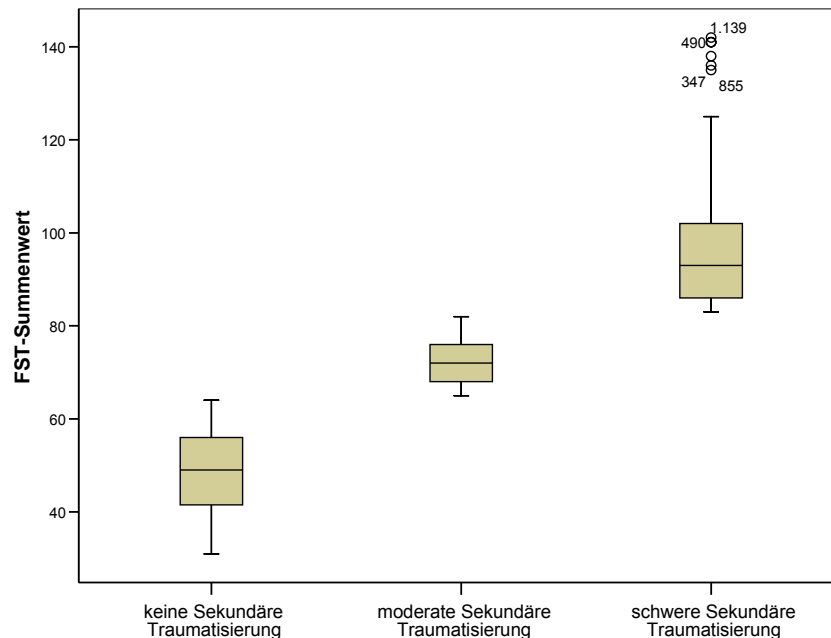


Abbildung 13: Clusteraufteilung, bezogen auf die FST-Summenwerte

Diese Unterteilung (s. Abbildung 13) erweist sich auch bei entsprechenden Mittelwertsvergleichen als sinnvoll: Die Summenwerte der drei Cluster unterscheiden sich signifikant voneinander ($\chi^2 = 713,20$, $df = 2$, $p < .000$) und auch im Einzelvergleich bilden die Cluster signifikante Symptomunterschiede ab (s. Anhang E2). Zieht man hier die *Effektstärke* d als Maß heran, so zeigt sich, dass die Differenzierung zwischen diesen drei Gruppen bestätigt wird: Die Mittelwertsdifferenz zwischen den *nicht-sekundärtraumatisierten* und den *moderat sekundärtraumatisierten* Personen erreicht eine Effektstärke von $d = 3.37$. Die Differenz zwischen der *moderaten* und der *schweren* Sekundären Traumatisierung erreicht eine Effektstärke von $d = 2.22$. Beide Effekte sind also als sehr stark einzuschätzen.

5.2.5 Prävalenz der Sekundären Traumatisierung

Legt man die oben beschriebenen Kriteriumswerte zu Grunde, so werden 19,9% der Stichprobe ($n = 224$) als *moderat* und weitere 9,2% ($n = 103$) als *schwer* sekundärtraumatisiert diagnostiziert (s. Abbildung 14). Mit 70,9% der Stichprobe ($n = 797$) wird jedoch die Mehrheit der Befragten als *nicht sekundärtraumatisiert* eingestuft.

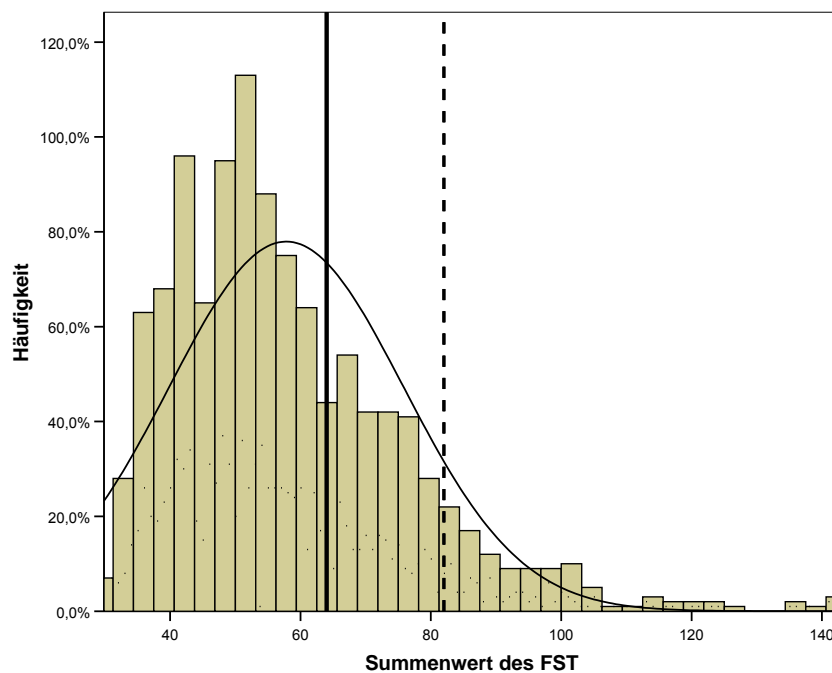


Abbildung 14: Prozentuale Häufigkeitsverteilung der FST-Summenwerte mit Kriteriumswert für moderate (—) und schwere (----) Sekundäre Traumatisierung

Die Personen, die keine Sekundäre Traumatisierung erlebten, erreichten im Mittel einen FST-Summenwert von 48,64 ($SD = 8,62$). Die drei am häufigsten berichteten Symptome sind in dieser Gruppe *Grübeln* (ST1; $M = 3,08$, $SD = 0,97$), *Gedankenintrusionen* (ST2; $M = 2,75$, $SD = 0,97$) und *Psychische Belastung bei Hinweisreizen* (ST9; $M = 2,17$, $SD = 0,87$). Während das Item ST1 (*Grübeln*) den Komplex der Entgrenzung abbildet, sind die Items ST2 (*Gedankenintrusionen*) und ST9 (*Psychische Belastung bei Hinweisreizen*) dem PTSD-Cluster Intrusion zugeordnet. Nur sieben Personen (0,6% der Gesamtstichprobe) gaben an, *nie* ein einziges der aufgelisteten Symptome erlebt zu haben.

Die moderate Sekundäre Traumatisierung

Das Mittel der FST-Summenwerte liegt in dieser Gruppe bei 72,31 (SD = 4,96). Die höchsten Mittelwerte finden sich auch in dieser Gruppe bei den Items *Grübeln* (ST1; M = 3,77, SD = 0,91), *Gedankenintrusionen* (ST2; M = 3,58, SD = 0,91) und *Psychische Belastung bei Hinweisreizen* (ST9; M = 3,24, SD = 0,95).

Die schwere Sekundäre Traumatisierung

Hier liegt das Mittel der FST-Summenwerte bei 97,33 (SD = 15,12). Auch hier erreichten die Items *Grübeln* (ST1; M = 4,09, SD = 1,00), *Gedankenintrusionen* (ST2; M = 3,90, SD = 0,92) und *Psychische Belastung bei Hinweisreizen* (ST9; M = 3,71, SD = 0,95) die höchsten Mittelwerte.

5.2.6 Dauer der Sekundären Traumatisierung

Analysiert man die Gesamtstichprobe hinsichtlich der Dauer der beschriebenen Belastungsphase, so zeigt sich auch hier, dass die Mehrheit der Befragten nur kurzzeitig unter den Symptomen litt: Bei 71,5% der Gesamtstichprobe (n = 782) gingen die Symptome innerhalb der ersten vier Wochen zurück, bei weiteren 13,7% (n = 149) bis zur zwölften Woche (s. Abbildung 15). Insgesamt dauerte die Belastungsphase bei 14,9% der Befragten länger als drei Monate: 5,8% (n = 63) geben an, die Symptome hätten zwischen drei und sechs Monate angehalten, weitere 3,1% (n = 34) berichten über eine Dauer von mehr als sechs Monaten.

Insgesamt gaben 59 Personen (5,4%) an, dass die sekundäre Belastung dauerhaft fortbesteht. Von diesen machten 29 Personen keine Angabe zum zeitlichen Abstand der Belastungsphase, sodass nicht eindeutig festzustellen ist, ob es sich hier tatsächlich um eine länger als sechs Monate andauernde Belastung oder aber um eine akut vorliegende, kurzfristige Belastungsphase handelt. Von den verbleibenden 29 Personen geben 15 an, dass der Beginn der Belastungsphase weniger als ein halbes Jahr zurückliegt. Diese Personen werden aus den folgenden Analysen ausgeschlossen.

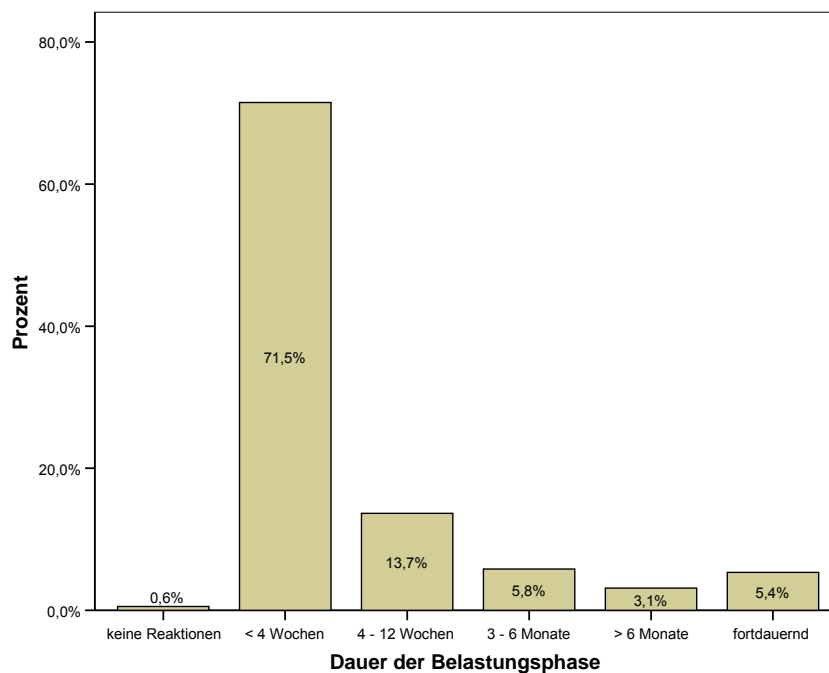


Abbildung 15: Häufigkeitsverteilung der Dauer der Belastungsphase in der Gesamtstichprobe

Betrachtet man nun nur jene Personen, die als *sekundärtraumatisiert* diagnostiziert werden, so ergibt sich die in Abbildung 16 dargestellte Häufigkeitsverteilung. Auch in dieser Gruppe geht die Belastung bei der Mehrheit (67,0%, n = 219) innerhalb der ersten zwölf Wochen zurück. Dem gegenüber steht jedoch eine Gruppe von Personen, bei denen die Belastung länger als ein halbes Jahr anhielt (7,1%, n = 23) oder sogar noch fortwährt (13,8%, n = 45).

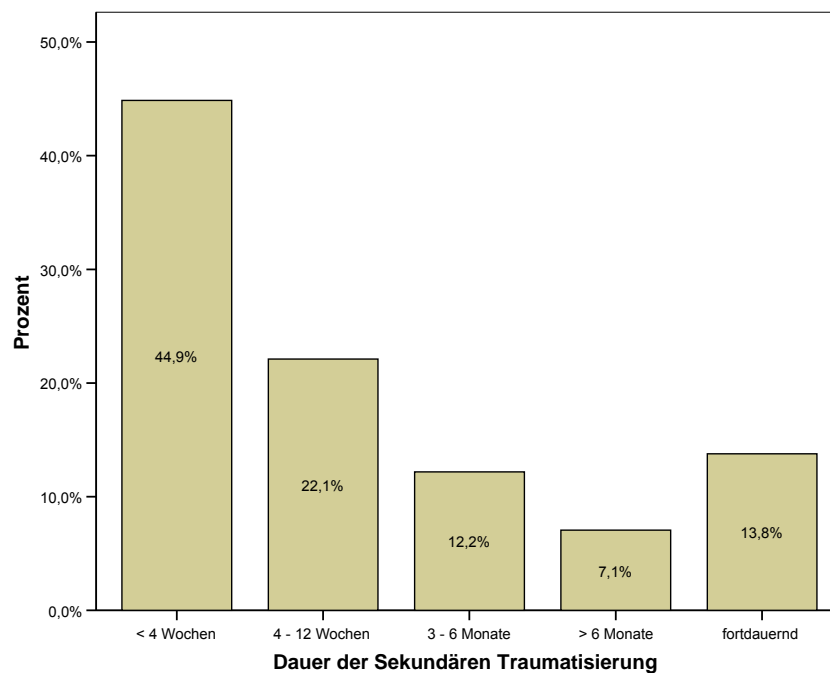


Abbildung 16: Prozentuale Häufigkeitsverteilung der Dauer in der Gruppe der sekundärtraumatisierten Personen

5.2.7 Zusammenhang zwischen Dauer und Schwere der Belastung

Inspiziert man die folgende Abbildung 17, so deutet sich bereits an, dass es einen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der erlebten Symptombelastung und der Dauer dieser Belastungsphase gibt. Personen mit hohen Summenwerten berichten im Mittel über eine längere Dauer der Symptombelastung. Betrachtet man jedoch die Summenwerte von jenen Personen, die angeben, die Symptomatik sei innerhalb der ersten vier Wochen zurückgegangen, so fällt die hohe Streuung, insbesondere die Menge der Extrem- und Ausreißerwerte ins Auge: Dies deutet darauf hin, dass es einige Personen gibt, die sehr belastet sind, aber bei denen die Belastung innerhalb der ersten vier Wochen deutlich zurückgeht. Andererseits scheint es auch einige Personen zu geben, die eine geringe, aber anhaltende Belastung angeben: Betrachtet man den Range der nicht-extremen Werte, so zeigt sich, dass auch bei den Kategorien *> 6 Monate* und *fortdauernde Belastung* Summenwerte von unter 50 auftreten. Dies verdeutlicht, dass sich tatsächlich einige, die eine geringe Belastung

angeben, dauerhaft verändert fühlen, während andere, die eine extreme Belastung angeben, diese als nach vier Wochen abgeschlossen beschreiben.

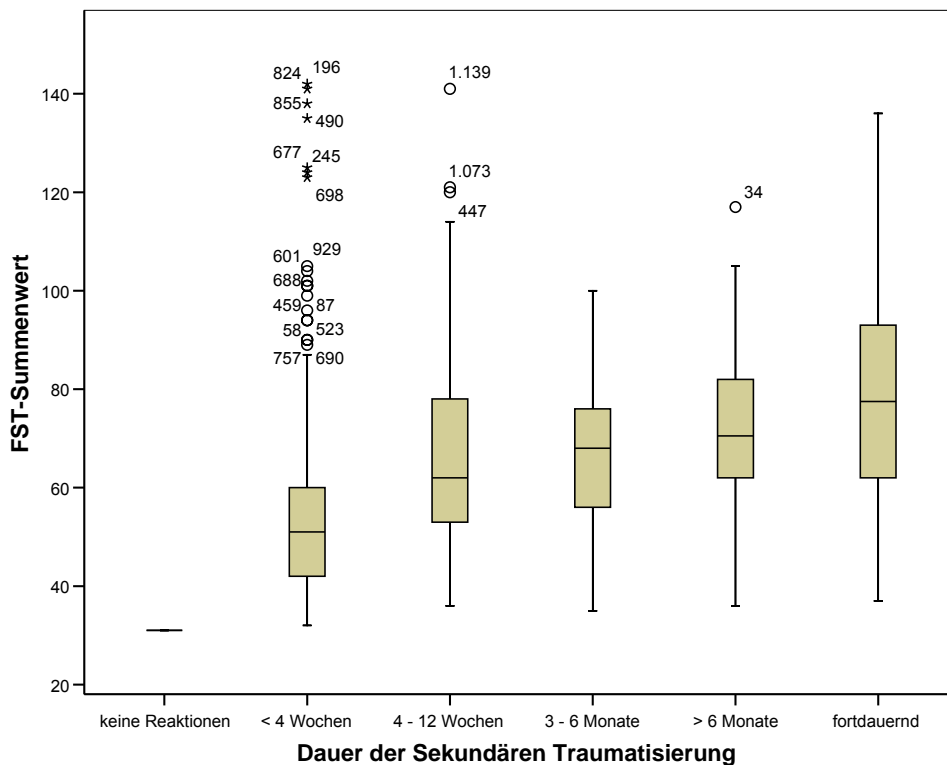


Abbildung 17: Dauer der Sekundären Traumatisierung, bezogen auf den FST-Summenwert

(Balken = Median; Kasten = 25.-75. Perzentil; Querstriche = Range der nicht-extremen Werte; Punkte = Ausreißerwerte (1,5-facher bis 3-facher Interquartilabstand); Sterne = Extremwerte (mehr als 3-facher Interquartilabstand))

Die Signifikanzprüfungen bestätigen den Eindruck, den man bereits bei der Inspektion der Verteilung gewinnt: Es gibt zwar einen signifikanten Zusammenhang zwischen den Faktoren *Dauer* und *Schwere* der Belastung ($\chi^2 = 204,62$, $df = 5$, $p < .000$), dieser wird bei den post hoc durchgeführten Vergleichen der einzelnen Faktorstufen jedoch nicht mehr auf allen Faktorstufen signifikant (s. Anhang E3). Prüft man andererseits hinsichtlich der Dauer auf Mittelwertsunterschiede zwischen den drei Diagnosegruppen, so erweisen sich diese wiederum als signifikant ($\chi^2 = 187,57$, $df = 2$, $p <$

.000). Die Variable *Dauer* korreliert mit Kendall-Tau-b = .344 signifikant mit dem FST-Summenwert. Daraus lässt sich eine Effektstärke von $ES = 0.73$ schätzen, die als *mittel* eingestuft wird.

Dauer der moderaten Sekundären Traumatisierung

Betrachtet man nur jene Personen, bei denen eine moderate Sekundäre Traumatisierung diagnostiziert wird, so zeigt sich, dass auch in dieser Gruppe die Mehrheit (50,5%, $n = 113$) von einer sehr schnellen Rekonvaleszenz berichtet (s. Abbildung 18). Dem gegenüber stehen jedoch insgesamt 29,6% der Stichprobe ($n = 66$), bei denen die Belastung länger als drei Monate andauerte. Fast ein Zehntel der Befragten (9,7%, $n = 22$) berichtet sogar von einer fortdauernden Symptombelastung.

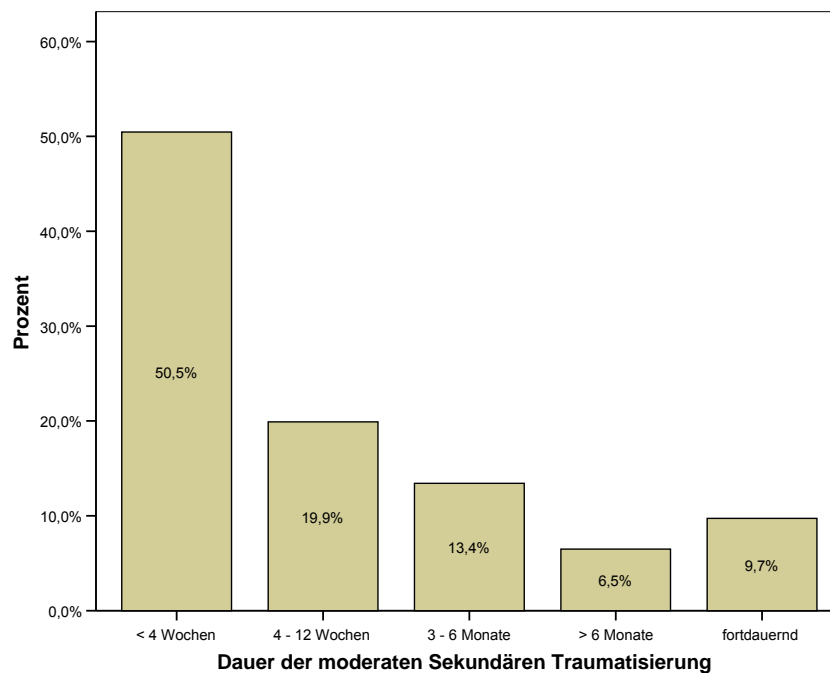


Abbildung 18: Häufigkeitsverteilung der Dauer der moderaten Sekundären Traumatisierung

Dauer der schweren Sekundären Traumatisierung

Schon die Inspektion der Abbildung 19 verdeutlicht, dass sich die Dauer der Belastung in dieser Substichprobe anders gestaltet. Insgesamt litten 40,6% der Befragten ($n = 42$) länger als ein Vierteljahr unter der Symptombelastung, bei 22,9% ($n = 24$) hält diese sogar fortwährend an. Nur knapp ein Drittel

(32,3%, n = 33) gibt an, die Belastung sei innerhalb der ersten vier Wochen zurückgegangen.

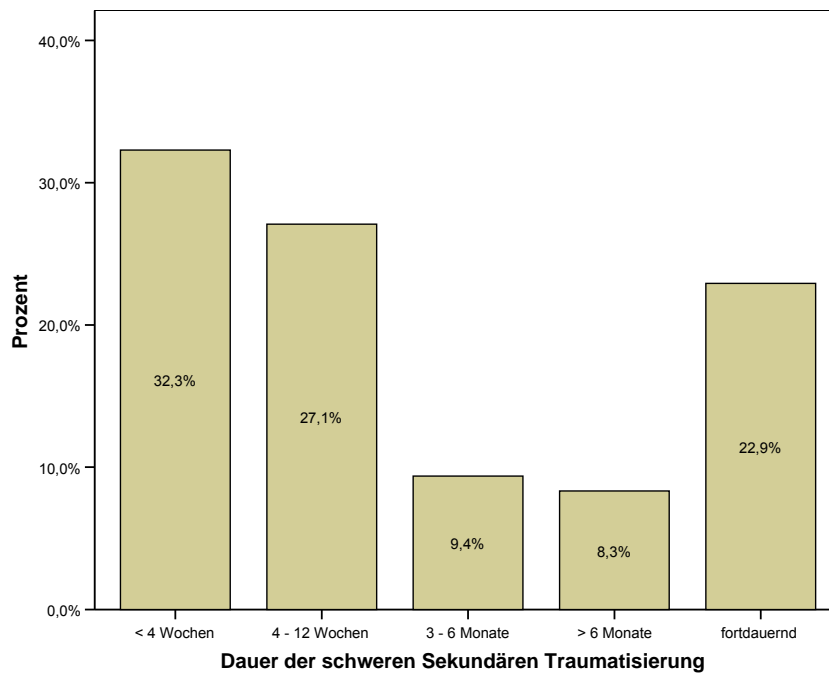


Abbildung 19: Häufigkeitsverteilung der Dauer der schweren Sekundären Traumatisierung

Inspiziert man für die Gesamtstichprobe die Interkorrelationsmatrix der FST-Items und der Dauer der Belastung (s. Anhang E4), so fällt auf, dass die Dauer am höchsten mit Item ST13 korreliert (*Entfremdung*, Kendall-Tau-b = .300, ES = 0.62), gefolgt von Item ST23 (*Gereiztheit*, Kendall-Tau-b = .295, ES = 0.62). Vergleicht man diese Korrelationen mit den Ergebnissen einer hierarchischen Regressionsanalyse (s. Anhang E5), so zeigen sich einige Konvergenzen: Zur Prädiktion der Dauer werden auch hier zunächst die Items ST23 (*Gereiztheit*), ST26 (*Suchtverhalten*) und ST13 (*Entfremdung*) herangezogen. In den nächsten Schritten werden dann jedoch mit ST8 (*Albtraum*) und ST9 (*Psychische Belastung*) auch Intrusionsitems einbezogen. Allerdings erreicht selbst jenes Regressionsmodell, das acht Prädiktoren verwendet, mit einer quadrierten, multiplen Korrelation von $R^2 = .213$ nur eine schwache Vorhersagekraft.

5.2.8 Analyse der Symptomcluster

Hinsichtlich des inhaltlichen Bezugs der Items zueinander stehen einige Fragen offen: Lassen sich die PTSD-Symptomkategorien als unabhängige Cluster reproduzieren, so dass es ratsam wäre Subskalen zu bilden? Ist bewusstes Vermeidungsverhalten mit der Abflachung der Reagibilität assoziiert? Treten depressive Verstimmung und Suizidgedanken gemeinsam auf? Bilden die Items zum parapsychotischen Bedrohungsgefühl ein eigenständiges, homogenes Cluster? Sind Veränderungen der Sexualität eher mit Vermeidungs- oder mit Intrusionsitems assoziiert?

Bei der Durchführung einer hierarchischen Clusteranalyse der Items nach dem *Single-Linkage-Verfahren* und unter Verwendung der quadrierten *Euklidischen Distanz* ergibt sich zunächst das in Abbildung 20 dargestellte Dendrogramm.

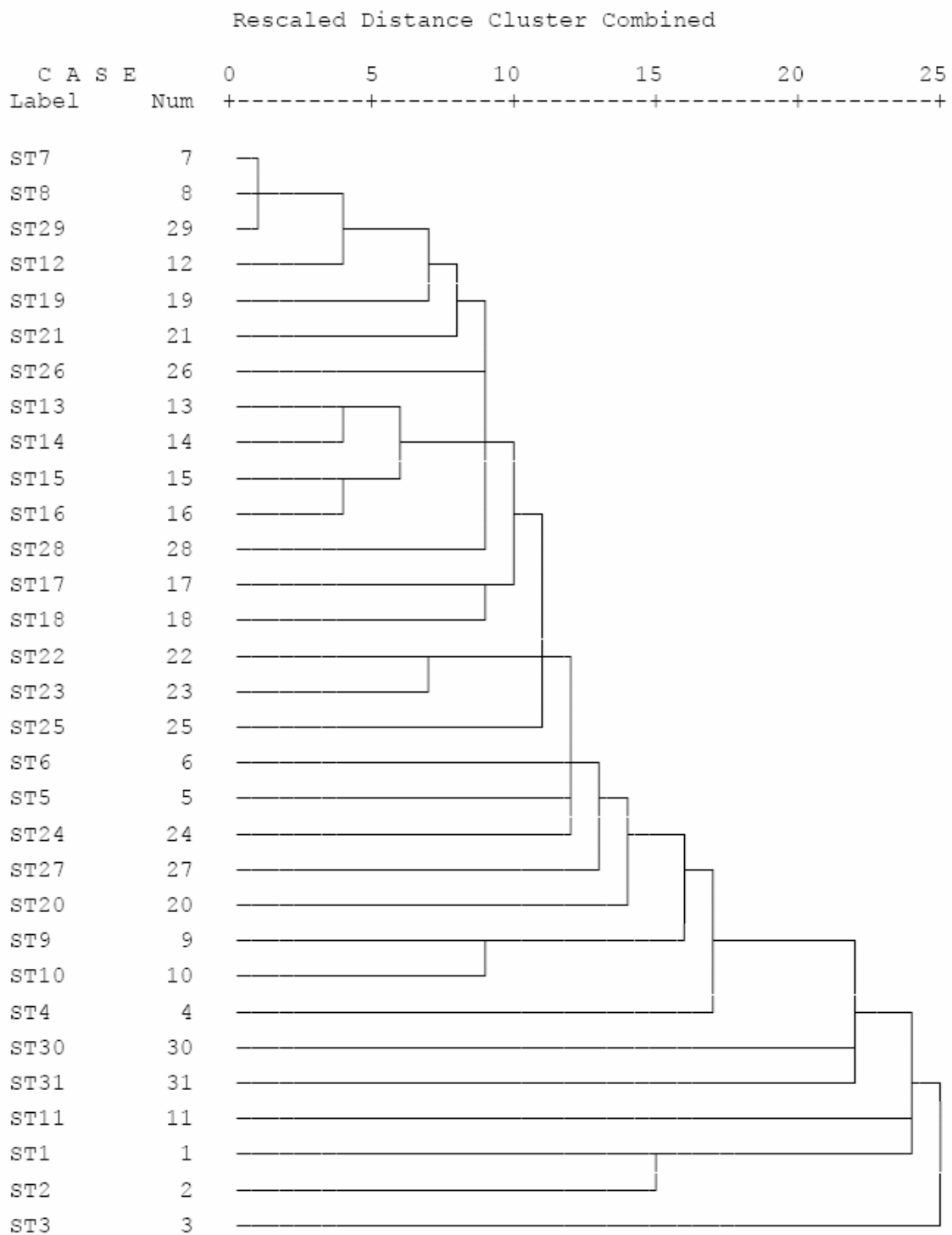


Abbildung 20: Dendrogramm der Clusteranalyse der FST-Items

Das Dendrogramm zeigt, dass als erstes die Items ST7, ST8 und ST29 zusammengefasst werden. Diese kodieren Intrusionen in Form von Träumen sowie die Reaktualisierung einer Vortraumatisierung. Diese Symptome bilden

also die Leitsymptomatik der Sekundären Traumatisierung. Im nächsten Schritt verschmilzt mit ST12 ein Item mit diesem Cluster, welches bewusstes Vermeidungsverhalten kodiert. Mit der gleichen Distanz werden jedoch auch jeweils die Items ST13 und ST14 sowie ST15 und ST16 zusammengefasst, die ausnahmslos Vermeidung in Form einer Abflachung der Reagibilität kodieren. Sie werden im nächsten Schritt miteinander zu einem eigenständigen Cluster vereinigt. Als nächstes werden mit ST22 und ST23 zwei Hyperarousalsymptome kontrahiert, sowie dem ersten Cluster das Item ST19 hinzugefügt, welches parapsychotisches Bedrohungserleben kodiert. Schon diese ersten Schritte erlauben drei Rückschlüsse: Zum einen deuten sie daraufhin, dass sich der Fragebogen nicht in einzelne kohärente Symptomcluster zerlegen lässt, dass also nicht zunächst alle Intrusions-, Vermeidungs- und Hyperarousalsymptome miteinander verschmelzen und voneinander unabhängige Cluster bilden. Ganz im Gegenteil deutet das erste Cluster darauf hin, dass Intrusionssymptome mit bewusster Vermeidung einhergehen und einen engen Bezug zu parapsychotischem Bedrohungserleben aufweisen. Zum anderen repliziert das Dendrogramm die Unterteilung der Vermeidungssymptome in bewusstes Vermeidungsverhalten einerseits und die Abflachung der Reagibilität andererseits. Als drittes lässt sich festhalten, dass sich ein kleines Cluster aus zwei Hyperarousalsymptomen (*Konzentrationsfähigkeit* und *Gereiztheit*) bildet, welches dann jedoch mit Veränderungen in der Sexualität, verstärktem Sicherheitsverhalten sowie der Abflachung der Reagibilität einhergeht.

Die hierarchische Clusteranalyse bietet aber auch Lösungen auf dem umgekehrten Wege an, indem nach ersten Ausgliederungen aus dem Gesamtcluster gesucht wird: Fordert man in dieser Prozedur drei bis acht Cluster an, so ergibt sich folgende Verteilung (s. Anhang E6): Die Items *Grübeln* (ST1) und *Gedankenintrusionen* (ST2) werden als erste zusammengefasst, *visuelle Intrusionen* (ST3) bildet ein eigenes Cluster. Im nächsten Schritt wird *Gedankenunterdrückung* (ST11) als eigenständiges Cluster extrahiert. Bei fünf angeforderten Clustern bildet *Suizidgedanken* (ST31) ein weiteres eigenständiges Cluster. Den sechsten Cluster bildet *Depressive Verstimmung* (ST30), den siebten Cluster bildet *Nacherleben*

(ST4), den achten Cluster bilden die Items *Psychische Belastung* (ST9) und *Körperliche Anspannung auf Hinweisreize* (ST10). Obwohl also mit dem *Single-Linkage-Verfahren* ein kontrahierender Algorithmus gewählt wurde, der laut Backhaus, Erichson, Plinke und Weiber (2000, S. 365) dazu tendiert, zunächst wenige große Cluster zu bilden, ergeben sich selbst in sechs hierarchischen Schritten keine großen Symptomuntergruppen, wie sie z.B. für die IES-R beschrieben sind.

Backhaus et al. (2000) empfehlen in einem solchen Fall die Ausreißer herauszunehmen und die verbleibenden Items wiederum einer hierarchischen Clusteranalyse zuzuführen. Nach Entfernen der Items ST1, ST2, ST3 und ST11 ergibt sich folgende Clusteraufteilung (s. Anhang E6): Wiederum bilden die Items ST30 und ST31 in allen Lösungen eigenständige Cluster. ST4 bildet das nächste Cluster, dann folgen ST9 und ST10, die zusammen ein Cluster bilden, darauf folgt ST20. Auch die Eliminierung von möglichen Ausreißervariablen führt also nicht zur Bildung mehrerer großer Symptomcluster, sondern jeweils zu einem umfassenden Gesamtcluster, dem Einzelitems gegenüberstehen. Zu beobachten ist hier auch, dass das Item ST29 (*Vortraumatisierung*) in allen Clusterlösungen zum Gesamtcluster zählt, sich also keine Gruppenbildung nach traumatischer Vorgeschichte anzubieten scheint. Auch die in den Interviews neu extrahierten Symptomkategorien *Entfremdung* und *Parapsychotisches Bedrohungserleben* bleiben nach sechs hierarchischen Extraktionen Bestandteile des Gesamtclusters. Die Items ST30 (*Depressive Verstimmung*) und ST31 (*Suizidgedanken*) hingegen bilden jeweils eigenständige Cluster und werden nicht zu einem Symptomkomplex zusammengefasst. Sie scheinen also eigenständige Symptomatiken abzubilden.

Überprüft man diese Ergebnisse¹⁶ mittels einer Faktorenanalyse (s. Anhang E6), so bieten sich zwei mögliche Lösungen an. Betrachtet man den *Screeplot*, so empfiehlt sich die Extraktion nur eines Faktors: Dieser weist einen Eigenwert von 11,26 auf und erklärt 36,3% der Varianz. Der nächstliegende Faktor hingegen hat einen Eigenwert von 2,11 und klärt 6,8% der Varianz auf. Wendet man hingegen das Eigenwertkriterium an, so

¹⁶ trotz Verletzung der Anwendungsvoraussetzungen

müssten sechs Faktoren extrahiert werden. Inspiziert man die resultierende Komponentenmatrix, so wird jedoch deutlich, dass sich diese Faktoren nicht einheitlichen Symptomclustern zuordnen lassen. Dies lässt sich auch durch die Anwendung einer *Varimax-Rotation* mit *Kaiser-Normalisierung* nicht beheben. Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass sowohl die Cluster- als auch die Faktorenanalyse eine Unterteilung des Fragebogens in Subskalen als nicht ratsam erscheinen lassen.

5.2.9 Analyse der Einzelsymptome

Im Folgenden sollen die einzelnen Symptome hinsichtlich ihrer Auftretenshäufigkeit in der vorliegenden Stichprobe eingehender betrachtet werden. Inspiziert man zunächst die Mittelwerte der Items in den drei Diagnosegruppen (s. Anhang E7), so fällt auf, dass die Items ST1 (*Grübeln*), ST2 (*Gedankenintrusionen*), und ST9 (*Psychische Belastung*) in allen Gruppen die Items mit den höchsten Mittelwerten sind. Diese scheinen also eher eine frühe oder basale Ausprägung der Sekundären Traumatisierung darzustellen. Auch die Items, welche die niedrigsten Mittelwerte aufweisen, sind in allen drei Diagnosegruppen dieselben: ST12 (*Vermeidung externaler Hinweisreize*), ST7 (*Albtraum*), ST8 (*Albtraum mit Identifikation*) und ST29 (*Vortraumatisierung*) sind in allen Gruppen am geringsten ausgeprägt.

5.2.9.1 Intrusion

Im FST wird das Symptomcluster Intrusion durch acht Items repräsentiert. Diese erfragen Wiedererleben im Wachzustand, nächtliche Intrusionen sowie psychische und physiologische Reaktionen auf Hinweisreize.

Intrusionen im Wachzustand

Insgesamt drei Items erfragen das Auftreten von Wiedererlebenssymptomen im Wachzustand (s. Tabelle 5). Die höchste Auftretenswahrscheinlichkeit haben hierbei Gedankenintrusionen (ST2; $M = 3,02$, $SD = 1,05$): Nur 6,0% der Stichprobe ($n = 68$) geben an, keine Gedankenintrusionen erlebt zu haben. 35,4% ($n = 398$) erlebten diese *oft* oder *sehr oft*. Etwas seltener

treten Intrusionen anderer Modalitäten auf, wie z.B. visuelle oder taktile Intrusionen (ST3; $M = 2,41$, $SD = 1,14$): Hier geben immerhin 23,9% der Stichprobe ($n = 269$) an, diese nicht erlebt zu haben. Die Mehrheit der Befragten (57,2%, $n = 643$) berichtet, *selten* oder *manchmal* unter dieser Form von Wiedererleben gelitten zu haben. Nur 18,9% der Stichprobe ($n = 212$) erlebten dies *oft* bis *sehr oft*. Am seltensten hatten die Therapeutinnen den Eindruck, das Trauma der Klientin wieder zu erleben (ST4; $M = 1,73$, $SD = 0,97$). Diese dissoziative Form der Intrusion trat bei der Mehrheit der Befragten *nie* (53,6%, $n = 603$) oder nur *selten* (28,7%, $n = 323$) auf. Insgesamt 7,3% erlebten sie jedoch *oft* oder *sehr oft*.

	Prozent				
	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
ST 2	6,0	28,5	30,1	28,3	7,1
ST 3	23,9	34,7	22,5	13,8	5,1
ST 4	53,6	28,7	10,3	5,5	1,8

Tabelle 5: Prozentuale Häufigkeitsverteilung der Items ST2 (Gedankenintrusion), ST3 (multimodale Intrusion) und ST4 (Nacherleben)

Träume

Bezogen auf das nächtliche Wiedererleben in Form von Träumen lässt sich ebenfalls eine Reihung feststellen (s. Tabelle 6): Am häufigsten wurden Träume berichtet, die nur einen inhaltlichen Bezug zu dem Trauma der Klientin haben (ST6; $M = 1,75$, $SD = 0,99$). Selbst hier berichten aber 53,3% der Befragten ($n = 599$), diese *nie* erlebt zu haben. Nur insgesamt 7,6% ($n = 85$) träumten *oft* bis *sehr oft* von entsprechenden Inhalten. Träume, bei denen die Therapeutin sich in der Position der hilflosen Zeugin befindet, traten etwas seltener auf (ST7; $M = 1,28$, $SD = 0,78$): Hier geben 83,5% der Stichprobe ($n = 939$) an, diese *nie* erlebt zu haben und nur insgesamt 3,1% ($n = 35$) diese *oft* bis *sehr oft* erlebt zu haben.

Sehr selten berichten die Therapeutinnen von Träumen, in denen sie sich selbst in der Position der Klientin befanden (ST8, $M = 1,16$, $SD = 0,60$):

90,7% der Stichprobe (n = 1019) geben an, *nie* einen solchen Traum erlebt zu haben. Nur eine kleine Gruppe von Personen litt *oft* bis *sehr oft* unter Träumen, in denen sie mit der Klientin identifiziert waren (1,8%, n = 20).

	Prozent				
	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
ST 6	53,3	28,3	10,9	5,6	2,0
ST 7	83,5	10,1	3,2	,6	2,5
ST 8	90,7	6,0	1,5	,4	1,4

Tabelle 6: Prozentuale Häufigkeitsverteilung der Items ST6, ST7 und ST8

Reaktionen auf Hinweisreize

Psychische Belastung als Reaktion auf Hinweisreize (ST9; M = 2,53, SD = 1,03) erlebte die überwiegende Mehrheit der Befragten (s. Tabelle 7): Nur 14,9% (n = 167) geben an, *nie* eine solche Reaktion bei sich festgestellt zu haben. Andererseits berichten aber auch nur insgesamt 17,9% (n = 201), diese Reaktionen *oft* bzw. *sehr oft* gezeigt zu haben.

Physiologische Reaktionen auf Hinweisreize (ST10; M = 2,20, SD = 1,03) traten etwas seltener auf: 28,3% (n = 318) erlebten diese *nie*. Bei 12,7% (n = 142) hingegen traten diese physiologischen Reaktionen auf Hinweisreize *oft* bis *sehr oft* auf.

	Prozent				
	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
ST 9	14,9	38,8	28,4	14,1	3,8
ST 10	28,3	38,3	20,8	10,7	2,0

Tabelle 7: Prozentuale Häufigkeitsverteilung der Items ST9 (Psychische Belastung) und ST8 (Physiologische Reaktion)

5.2.9.2 Vermeidung

Die Symptome des Clusters Vermeidung wurden mittels sechs Items erhoben. Diese umfassen sowohl bewusstes Vermeidungsverhalten als auch Indikatoren für die Abflachung der allgemeinen Reagibilität.

Bewusstes Vermeidungsverhalten

Bei der Inspektion der Häufigkeitsverteilungen dieser beiden Items (s. Tabelle 8) fällt auf, dass das Item ST11 ($M = 2,23$, $SD = 1,13$), welches Gedankenunterdrückung erfragt, deutlich häufiger berichtet wird als das Item ST12 ($M = 1,34$, $SD = 0,76$), welches die bewusste Vermeidung externer Hinweisreize kodiert. ST12 weist von allen Vermeidungsitems den niedrigsten Mittelwert auf. Während Gedankenunterdrückung von 32,3% ($n = 363$) als *nie* auftretend und von insgesamt 15,8% ($n = 178$) als *oft* bis *sehr oft* auftretend beschrieben wurde, gaben 78,2% ($n = 879$) an, *nie* bewusst einen externen Hinweisreiz vermieden zu haben. Nur insgesamt 3,3% ($n = 37$) taten dies *oft* bis *sehr oft*.

	Prozent				
	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
ST 11	32,3	32,1	19,8	12,3	3,5
ST 12	78,2	14,8	3,7	1,9	1,4

Tabelle 8: Prozentuale Häufigkeitsverteilung der Items ST11 (Gedankenunterdrückung) und ST12 (Vermeidung von Dingen, Orten oder Aktivitäten)

Abflachung der Reagibilität

Von den Items, die die Abflachung der Reagibilität als Indikator für Vermeidung kodieren, erzielte das Item ST16, das nach Interessenverlust fragt, den höchsten Mittelwert ($M = 1,82$, $SD = 0,99$). Das Item *Entfremdungsgefühl* hingegen weist das niedrigste Mittel auf (ST13; $M = 1,52$, $SD = 0,92$). *Sozialer Rückzug* (ST14; $M = 1,69$, $SD = 1,00$) und *Verflachung des Affektes* (ST15; $M = 1,66$, $SD = 0,90$) weisen ähnliche Mittelwerte auf. Diese Reihung spiegelt sich auch in den Antworthäufigkeiten

der Kategorie *nie* wider (s. Tabelle 9). Betrachtet man die Antwortkategorien *oft* und *sehr oft* zusammen, so weist das Item ST16 mit 8,1% (n = 91) die höchsten Auftretenshäufigkeiten auf, gefolgt von Item ST14 (7,7%, n = 87), ST13 (5,3%, n = 60) und ST15 (5,0%, n = 56).

	Prozent				
	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
ST 13	68,7	17,6	8,4	3,6	1,7
ST 14	58,0	24,1	10,2	5,8	1,9
ST 15	55,5	29,4	10,0	3,8	1,2
ST 16	48,2	31,2	12,5	6,7	1,4

Tabelle 9: Prozentuale Häufigkeitsverteilung des Items ST13 (Entfremdung von anderen Menschen), ST14 (Sozialer Rückzug und verminderte Aktivität), ST 15 (Abflachung des Affektes) und ST16 (Interessenverlust)

5.2.9.3 Hyperarousal

Das Symptomcluster *Hyperarousal* wurde mittels sechs Items erfasst. Vier dieser Items beschreiben die klassischen Übererregungssymptome. Darüber hinaus werden jedoch auch jene beiden Items, die somatische Symptome und Teamkonflikte erfassen, diesem Cluster zugeordnet.

Die höchste mittlere Auftretenshäufigkeit weist *Gereiztheit* auf (ST23; M = 2,05, SD = 1,03), die niedrigste *Schreckhaftigkeit* (ST21; M = 1,60, SD = 0,93).

Konzentrationsschwierigkeiten (ST22; M = 1,90, SD = 0,94) und *Schlafstörungen* (ST20; M = 1,95, SD = 1,12) zeigen ähnliche Mittelwerte. Fasst man jedoch die Antwortkategorien *oft* und *sehr oft* zusammen (s. Tabelle 10), so werden diese bei der Frage nach *Schlafstörungen* (12,5%, n = 140) und *Gereiztheit* (11,2%, n = 126) am häufigsten genannt. Bei dem Item, das Konzentrationsschwierigkeiten kodiert, wählen 7,1% der Stichprobe (n = 80) diese Kategorien, bei dem Item für Schreckhaftigkeit nur 6,3% (n = 71).

	Prozent				
	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
ST 20	45,9	28,7	12,8	9,3	3,2
ST 21	61,6	25,1	7,0	4,4	1,9
ST 22	40,7	36,7	15,6	6,0	1,1
ST 23	35,9	36,6	16,3	9,4	1,8

Tabelle 10: Prozentuale Häufigkeitsverteilung der Items ST20 (Schlafstörungen), ST21 (Schreckhaftigkeit), ST22 (Konzentrationsschwierigkeiten) und ST23 (Gereiztheit)

Teamkonflikte wurden durch das Item ST24 ($M = 1,95$, $SD = 1,10$) erfragt, somatische Symptome durch das Item ST28 ($M = 1,91$, $SD = 1,04$). Bei beiden Items gibt eine ähnliche Menge von Personen an, das Symptom *nie* erlebt zu haben (45,4% bei ST24 ($n = 510$) vs. 44,4% bei ST28 ($n = 499$)). Insgesamt wählen aber bei dem Item ST24 11,2% ($n = 126$) die Antwortkategorien *oft* oder *sehr oft*, während dies bei Item ST28 nur 9,7% ($n = 109$) tun (s. Tabelle 11).

	Prozent				
	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
ST 24	45,4	28,0	15,4	8,2	3,0
ST 28	44,4	31,7	14,1	7,7	2,0

Tabelle 11: Prozentuale Häufigkeitsverteilung der Items ST24 (Teamkonflikte) und ST28 (somatische Symptome)

5.2.9.4 Depressive Verstimmung

Das Item ST30, welches depressive Verstimmung kodiert, erreicht einen Mittelwert von 1,97 ($SD = 1,10$). Wie sich der Tabelle 12 entnehmen lässt, gibt fast die Hälfte der Befragten an, während der Belastungsphase *nie* depressiv verstimmt gewesen zu sein (45,2%, $n = 508$). Insgesamt 11,0% ($n = 124$) hingegen waren *oft* oder *sehr oft* in dieser Form beeinträchtigt.

	Prozent				
	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
ST 30	45,2	26,5	17,3	8,0	3,0

Tabelle 12: Prozentuale Häufigkeitsverteilung des Items ST30 (Depressive Verstimmung)

Da in der Interviewstudie von einer Supervisorin die Annahme geäußert wurde, es gäbe möglicherweise solche Personen, die mit einer eher depressiven Verarbeitung, und solche die mit einer eher paranoiden Verarbeitung reagieren würden, soll hier auch der Zusammenhang zwischen *Depressiver Verstimmung* und *Parapsychotischen Bedrohungserleben* betrachtet werden. Auf Grund des ähnlich hohen Mittelwertes wird das Item ST27 zum Vergleich herangezogen. Dieses korreliert mit Kendall-Tau-b = .336 ($p < .000$, $ES = 0.71$) mit dem Item ST30. Schon die Analyse der Korrelation zeigt also, dass es einen durchschnittlich hohen Zusammenhang zwischen den Werten dieser beiden Variablen gibt, die auf einen mittleren Effekt schließen lässt. Betrachtet man in der Kreuztabelle (s. Anhang E8) zudem die Häufigkeitsverteilung des Items ST27 über die Antwortkategorien des Items 30, so zeigt sich, dass von jenen Personen, die bei Item 27 die Antworten *oft* oder *sehr oft* wählten, gleich viele hohe und niedrige Ausprägungen des Items 30 beschreiben: Insgesamt 48 Personen geben an, *nie* bis *manchmal* depressiv verstimmt gewesen zu sein. Bei ebenso vielen trat diese Reaktion *oft* bis *sehr oft* auf. Es kann also nicht davon ausgegangen werden, dass diese beiden Reaktionsarten sich wechselseitig ausschließen.

5.2.9.5 Suizidgedanken

Dem Symptom der Suizidgedanken soll hier besondere Beachtung geschenkt werden, da die Suizidraten bei Psychiaterinnen und Psychotherapeutinnen im Vergleich mit der Normalbevölkerung erhöht sind (Reimer, 2000). Suizidneigung kann in der vorliegenden Stichprobe von Traumatherapeutinnen auf mindestens zwei Arten interpretiert werden: Zum

einen als Symptom einer depressiven Symptomatik, zum anderen als Ausdruck der traumatischen Entfremdungssymptomatik.

	Prozent				
	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
ST 31	47,8	26,2	14,7	8,3	3,0

Tabelle 13: Prozentuale Häufigkeitsverteilung des Items ST31 (Suizidgedanken)

Insgesamt geben 11,3% der Befragten an, *oft* bis *sehr oft* an Suizid gedacht zu haben (s. Tabelle 13). Die oben dargestellte Clusteranalyse bildet für die Items *Depressive Verstimmung* und *Suizidgedanken* eigenständige Cluster. Interessant ist deshalb zunächst die Frage, ob die Ausprägung des Items ST31 linear mit der Ausprägung der Gesamtbelastung zunimmt. Betrachtet man das in Abbildung 21 dargestellte Boxplotdiagramm, so zeigt sich ein linearer Zusammenhang mit dem FST-Summenwert, trotz großer Streuung des Items ST31 im unteren Ausprägungsbereich.

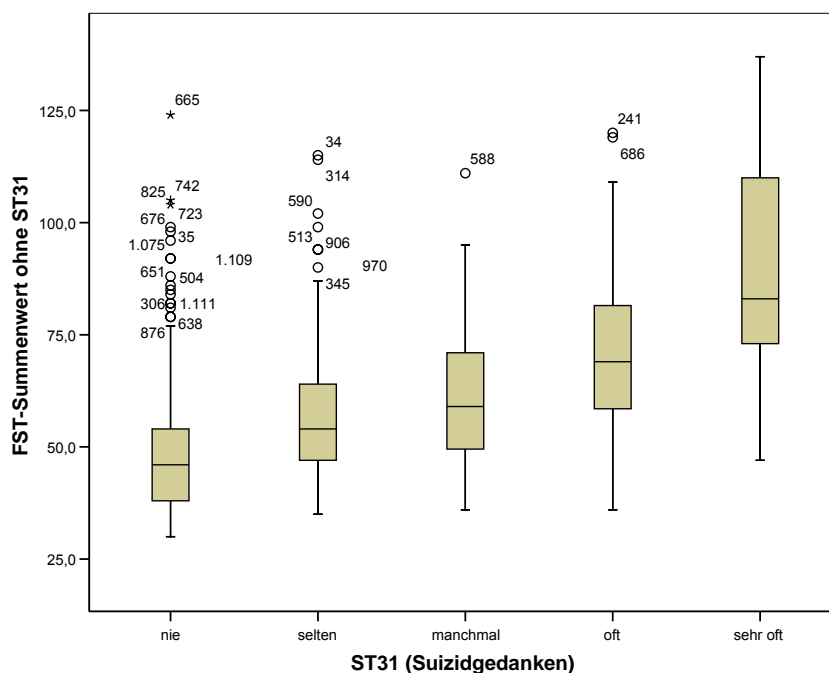


Abbildung 21: Zusammenhang zwischen Suizidgedanken und bereinigtem FST-Summenwert

Das Item ST31 korreliert zudem stärker mit dem Summenwert (nach Exklusion des Items ST31: Kendall-Tau-b = .386, $p < .000$, $ES = 0.84$) als mit dem Item ST30, das depressive Verstimmung erfasst (Kendall-Tau-b = .251, $p < .000$, $ES = .052$). Diese Differenz der Korrelationen wird in der Prüfung signifikant (Differenz der Korrelationen in Fischer-Z-Werten = .015, t-Wert der Differenz = 4.21, $p < .000$).

Die moderate Sekundäre Traumatisierung

Wie oben bereits dargestellt, hielt die Belastung bei 28,6% der Personen dieser Gruppe länger als 3 Monate an, 21 Personen (9,4%, dies entspricht 1,8% der Gesamtstichprobe) fühlten sich sogar dauerhaft belastet. Darüber hinaus geben 20,6% häufige bis sehr häufige Suizidgedanken an ($n = 46$ Personen, dies entspricht 4,1% der Gesamtstichprobe). Nun liegt die Frage nahe, ob in dieser Gruppe ein Zeitkriterium ausreicht, um die suizidgefährdeten Personen herauszufiltern. Träfe dies zu, so sollte sich eine signifikante Korrelation zwischen den Items *Dauer* und *Suizidgedanken* finden lassen. Die Korrelation ist jedoch nicht signifikant und zudem negativ (Kendall-Tau-b = -.029, $p = .611$).

Die schwere Sekundäre Traumatisierung

In dieser Diagnosegruppe berichten 48,5% ($n = 50$) von *oft* oder *sehr oft* auftretenden Suizidgedanken. Betrachtet man auch hier die Korrelation zwischen den Items *Suizidgedanken* und der *Dauer*, so zeigt sich wiederum kein bedeutsamer Zusammenhang (Kendall-Tau-b = .092, $p = .275$).

5.2.9.6 Entgrenzung

Als Indikator für den Symptomkomplex *Entgrenzung*, der als Ergebnis der Interviewstudie gebildet wurde, wurde mit dem Item ST1 die Grübelneigung erfasst. Wie die oben dargestellten Itemcharakteristika schon andeuten, ist dies ein sehr leichtes Item ($M = 3,31$), welches eine mittlere Trennschärfe bei relativ hoher Streuung ($SD = 1,02$) aufweist. Auch die Häufigkeitsverteilung (dargestellt in Tabelle 14) lässt dies erkennen: Nur 3,0% der Stichprobe ($n =$

34) geben an, in der Belastungsphase *nie* exzessiv gegrübelt zu haben. Die Antwortkategorie *manchmal* wurde mit 32,7% (n = 368) am häufigsten gewählt. Auf die Kategorien *oft* und *sehr oft* entfallen insgesamt 44,2% der Antworten (n = 497).

	Prozent				
	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
ST 1	3,0	20,0	32,7	31,3	12,9

Tabelle 14: Prozentuale Häufigkeitsverteilung des Items ST1 (Grübeln)

5.2.9.7 Sexualität

Auch das Item ST25 (M = 1,48, SD = 0,87), welches ein verringertes Interesse an Sexualität erfragt, soll hinsichtlich seiner korrelativen Zusammenhänge eingehender betrachtet werden. Laut DSM-IV wird ein Rückzug aus Intimität und Nähe, auch wenn dieser als verringertes Interesse an Sexualität auftritt, als Vermeidungssymptom klassifiziert. Die Ergebnisse der Interviewstudie hingegen legen nahe, dass die Therapeutinnen Sexualität nicht mehr entspannt genießen konnten, da es inhaltliche Verknüpfungen zu den Traumata der Klientin gab. So berichteten einige von Intrusionen von sexualisierter Gewalt, die durch das eigene Erleben ausgelöst wurden. Die oben dargestellte Clusteranalyse wiederum vereinigt das Item ST25 zunächst mit zwei Hyperarousalsymptomen, was darauf hinweisen könnte, dass die fehlende Entspannungsfähigkeit die Veränderung des sexuellen Interesses erklären könnte. Betrachtet man jedoch zunächst die Häufigkeitsverteilung dieses Items (s. Tabelle 15), so zeigt sich, dass die überwiegende Mehrheit der Befragten (70,8%, n = 796) angibt, keine Veränderung des sexuellen Interesses an sich beobachtet zu haben. Nur eine kleine Gruppe von 54 Personen (4,8% der Stichprobe) gibt an, sich *oft* oder *sehr oft* diesbezüglich verändert erlebt zu haben.

	Prozent				
	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
ST 25	70,8	16,6	7,8	3,6	1,2

Tabelle 15: Prozentuale Häufigkeitsverteilung des Items ST25 (Sexualität)

Die Interkorrelationstabelle (s. Anhang E9) zeigt, dass die höchsten Korrelationen mit jenen Items bestehen, die *Gereiztheit* (ST23, Kendall-Tau-b = .326, $p < .000$, $ES = 0.68$), *Somatische Symptome* (ST28, Kendall-Tau-b = .322, $p < .000$, $ES = 0.68$), *Teamkonflikte* (ST24, Kendall-Tau-b = .304, $p < .000$, $ES = 0.64$) und *Sozialen Rückzug* (ST14, Kendall-Tau-b = .283, $p < .000$, $ES = 0.63$) kodieren. Somit deutet sich also auch hier an, dass vor allem Hyperarousalsymptome und erst in zweiter Linie Vermeidungstendenzen mit dem verringerten sexuellen Interesse in Zusammenhang stehen.

5.2.9.8 Suchtverhalten

Das Item ST26, welches Suchtverhalten erfasst, weist mit 1,56 einen relativ niedrigen Mittelwert auf ($SD = 0,90$). Wie Tabelle 16 zeigt, verneint mit 63,4% ($n = 713$) die Mehrheit der Befragten den intentionalen Suchtmittelgebrauch während der Belastungsphase. Nur insgesamt 5,2% der Befragten ($n = 59$) geben an, *oft* oder *sehr oft* Suchtmittel zur Beruhigung eingesetzt zu haben.

	Prozent				
	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
ST 26	63,4	23,5	7,8	3,8	1,4

Tabelle 16: Prozentuale Häufigkeitsverteilung des Items ST26 (Suchtverhalten)

5.2.9.9 Reaktualisierung einer Vortraumatisierung

Die Clusteranalyse legt, wie oben dargestellt, nahe, dass die Reaktivierung einer Vortraumatisierung zusammen mit nächtlichen Intrusionen die

Kernsymptomatik der schweren Sekundären Traumatisierung darstellt. Die Häufigkeitsverteilung (s. Tabelle 17) zeigt, dass dieses Symptom nur bei ganz wenigen Personen auftrat¹⁷: Nur insgesamt 10,0% (n = 112) berichten überhaupt von einer derartigen Belastung und nur 2,1% (n = 24) wählen die Antwortkategorien *oft* oder *sehr oft*.

	Prozent				
	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
ST 29	90,0	5,4	2,4	1,2	,9

Tabelle 17: Prozentuale Häufigkeitsverteilung des Items ST29 (Vortraumatisierung)

Das Item weist dementsprechend einen sehr niedrigen Mittelwert von 1,16 bei einer geringen Streuung von 0,61 auf.

Die Inspektion der in Tabelle 18 dargestellten Auftretenshäufigkeiten pro Diagnosegruppe lässt vermuten, dass es einen Zusammenhang zwischen diesen beiden Variablen gibt. Von den Personen, bei denen eine *schwere* Sekundäre Traumatisierung diagnostiziert wird, berichten immerhin 8,7% von sehr häufigen Reaktualisierungen, während dies bei der *moderaten* Sekundären Traumatisierung nur 0,4% tun. Keine jener Personen, die als *nicht-sekundärtraumatisiert* beschrieben werden, erlebte eine derart häufige Belastung auf Grund einer reaktualisierten Vortraumatisierung.

¹⁷ Zu bedenken ist bei diesen Zahlen jedoch, dass dieses Symptom bei denjenigen Personen, die keine Vortraumatisierung erlebt haben, per definitionem nicht auftreten kann. Diese Personen wählen hier entsprechend die Antwortkategorie „nie“.

		Clusterzugehörigkeit			
			keine Sekundäre Traumatisie- rung	moderate Sekundäre Traumatisie- rung	schwere Sekundäre Traumatisie- rung
ST 29	nie	Prozent von Cluster	94,4%	84,8%	68,0%
	selten	Prozent von Cluster	3,6%	8,5%	12,6%
	manchmal	Prozent von Cluster	1,4%	3,6%	7,8%
	oft	Prozent von Cluster	,6%	2,7%	2,9%
	sehr oft	Prozent von Cluster	,0%	,4%	8,7%

Tabelle 18: Prozentuale Häufigkeitsverteilung der Antwortkategorien des Items ST29 pro Diagnosegruppe

Prüft man den Zusammenhang der Auftretenshäufigkeit mit den Diagnosekategorien, so erweist sich dieser als signifikant (s. Tabelle 19). Schätzt man auf der Basis der Korrelation die Effektstärke, so erweist sich diese mit $ES = .049$ jedoch als schwach bis mittel.

	Wert	Näherungs- weises T	Näherungsweise Signifikanz
Kendall-Tau-b	,239	6,342	,000

Tabelle 19: Signifikanzprüfung der Interaktion von Diagnose und Auftretenshäufigkeit der Reaktualisierung einer Vortraumatisierung

5.2.9.10 Parapsychotisches Bedrohungserleben

Sicherheitsverhalten

Das Dendrogramm der Clusteranalyse (s.o.) zeigt, dass zunächst jene beiden Items zusammengefasst werden, die Veränderungen des Sicherheitsverhaltens kodieren. Im nächsten Schritt bilden sie einen Cluster mit den Items, die Vermeidung in Form von einer Abflachung der Reagibilität erheben. Das Item ST17, welches Hypervigilanz erfragt, würde nach DSM-IV eigentlich dem Symptomcluster *Hyperarousal* zugeordnet werden. Schon die Interviewanalyse zeigte jedoch, dass dies eher der neu gebildeten Kategorie

parapsychotischer Symptome zuzuweisen ist. Da auch die Clusteranalyse eine Verbindung mit den anderen Hyperarousalsymptomen ausschließt, soll auch hier diese Aufteilung beibehalten werden. Wie Tabelle 20 zu entnehmen ist, traten manifeste Veränderungen des Sicherheitsverhaltens (ST18; $M = 1,17$, $SD = 1,05$) seltener auf als Hypervigilanz (ST17; $M = 2,13$, $SD = 1,05$): So berichteten 58,4% ($n = 656$) vs. 38,5% ($n = 433$) *nie* Veränderungen an sich beobachtet zu haben und insgesamt 8,6% ($n = 97$) vs. 14,8% ($n = 166$), diese Veränderungen *oft* oder *sehr oft* festgestellt zu haben.

	Prozent				
	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
ST 17	38,5	28,6	18,2	10,8	4,0
ST 18	58,4	23,7	9,3	5,5	3,1

Tabelle 20: Prozentuale Häufigkeitsverteilung der Items ST17 (Hypervigilanz) und ST18 (Vorsichtsmaßnahmen)

Bedrohungsgefühle

Diese Kategorie umfasst drei Symptome, die mit dem erlebten Bedrohungsgefühl in Zusammenhang stehen. Auch hier lässt sich eine Reihung feststellen: Das Item ST27, welches intrusive Vorstellungen von Übergriffen auf die eigene oder andere Personen erhebt, weist den höchsten Mittelwert auf ($M = 1,75$, $SD = 1,02$), gefolgt von Item ST5 ($M = 1,68$, $SD = 0,92$), das nach Angst vor Übergriffen fragt. Mit 1,43 weist das Item ST19, das das Verfolgungsgefühl kodiert, den niedrigsten Mittelwert auf ($SD = 0,81$). Dieses wird in der Clusteranalyse der Kernsymptomatik zugeordnet, während ST5 und ST27 eine größere Distanz zum ersten Cluster aufweisen. Diese Items werden jedoch ebenfalls mit einer geringeren Distanz zusammengefasst. Auch ein Blick auf die Häufigkeitsverteilung (s. Tabelle 21) zeigt, dass bei Item ST19 die Mehrheit der Personen (71,0%, $n = 798$) angibt, sich *nie* verfolgt gefühlt zu haben. Bei ST5 tun dies 54,8% ($n = 616$) und bei ST27 54,6% ($n = 614$). Betrachtet man die Antwortkategorien *oft* und

sehr oft gemeinsam, so erzielt das Item ST27 mit 8,5% ($n = 96$) die höchste Häufigkeit, gefolgt von ST5 mit 5,3% ($n = 60$) und ST19 mit 3,5% ($n = 39$).

	Prozent				
	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
ST 5	54,8	29,6	10,3	3,4	1,9
ST 19	71,0	19,6	5,9	2,1	1,4
ST 27	54,6	26,6	10,2	6,4	2,1

Tabelle 21: Prozentuale Häufigkeitsverteilung der Items ST5 (Angst), ST19 (Verfolgungsgefühl) und ST27 (Intrusive Vorstellungen)

5.2.10 Zusammenhänge zwischen FST und soziodemografischen Daten

Im Folgenden sollen die Zusammenhänge zwischen den Variablen *Geschlecht* und *Alter* einerseits und der Symptombelastung andererseits beschrieben werden.

Geschlecht

Die Männer¹⁸ erreichen im FST einen Mittelwert von 54,95 bei einer Standardabweichung von 17,64. Die Frauen weisen ein Mittel von 59,31 bei einer Standardabweichung von 18,00. Dies stellt einen signifikanten Unterschied dar (Mann-Whitney-U = 112986,50, $p < .000$). Die Ermittlung der Effektstärke ergibt jedoch mit $d = 0.24$ nur einen schwachen Effekt.

Alter

Es besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter der Befragten¹⁹ und der von ihnen berichteten Belastung (Kendall-Tau-b = .040, $p = .080$).

¹⁸ 9 Personen (0,8% der Gesamtstichprobe) machten keine Angabe zum Geschlecht.

¹⁹ 205 Personen (18,24%) machten keine Angabe zum Alter.

5.2.11 Zusammenhänge zwischen FST und arbeitsbezogenen Daten

Auf dem Hintergrund der theoretischen und empirischen Literatur zur Sekundären Traumatisierung ist die Analyse arbeitsbezogener Daten besonders interessant. Im Folgenden werden die Beziehungen zwischen der Symptombelastung einerseits und den Variablen *Berufsgruppe*, *Berufserfahrung* sowie *Exposition* andererseits dargestellt.

Berufsgruppe

Zwischen den Berufsgruppen²⁰ zeigen sich signifikante Unterschiede (Mann-Whitney-U = 75074,50, $p = .002$): Psychologische und ärztliche Therapeutinnen erzielen im Mittel einen FST-Summenwert von 57,20 (SD = 17,74), während die Angehörigen anderer Berufe einen Mittelwert von 61,32 (SD = 18,86) aufweisen. Auch hier muss dieser Effekt jedoch mit $d = 0.22$ als schwach charakterisiert werden.

Berufserfahrung

Bei der Prüfung des korrelativen Zusammenhangs (s. Tabelle 22) zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Symptombelastung und der Berufserfahrung. Mit Kendall-Tau-b = .065 ($p < .000$, $ES = 0.16$) ist dieser jedoch als schwach zu bewerten. Auch die Inspektion des Boxplots dieser beiden Variablen bestätigt den Eindruck, dass es sich hier nicht um einen linearen, praxisrelevanten Zusammenhang handelt (s. Abbildung 22).

²⁰ 9 Personen machten keine Angaben zum Beruf.

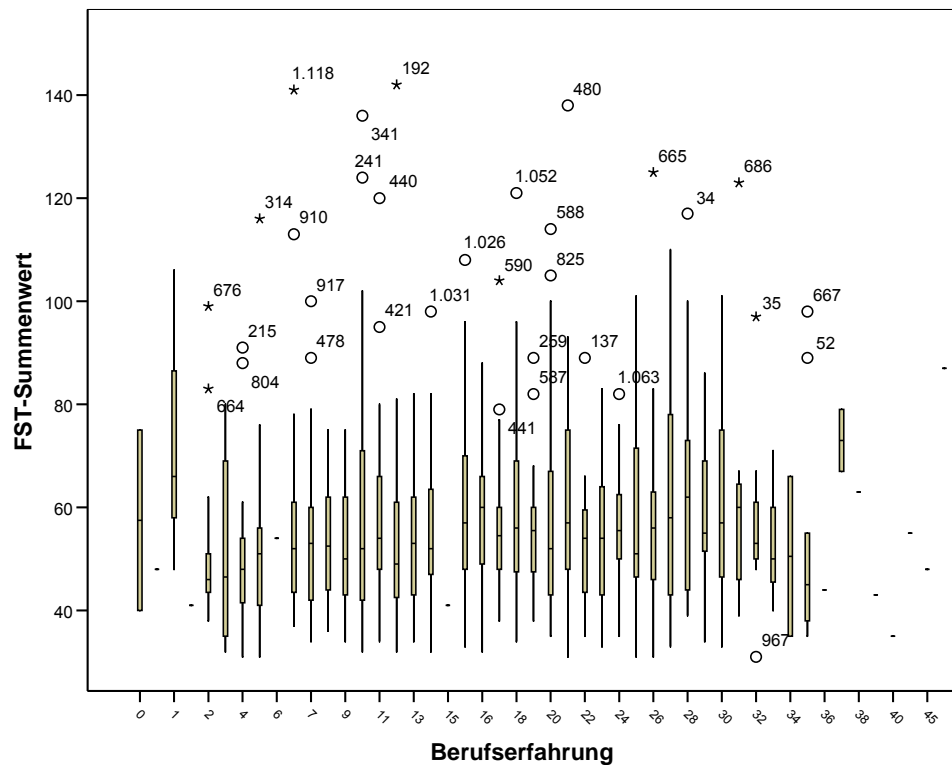


Abbildung 22: FST-Summenwert bezogen auf Berufserfahrung in Jahren
(Kategorien < 1% zusammengefasst)

Exposition

Die Exposition wird hier in Form von drei Items analysiert (s. Tabelle 22): Zunächst wurde der prozentuale Anteil traumatisierter Klientinnen an der Gesamtklientel erhoben. Dieser erweist sich in der vorliegenden Stichprobe als signifikant mit der Symptombelastung korreliert (Kendall-Tau-b = .178, $p < .000$, $ES = 0.36$). Als zweites Maß wurde erfragt, von wie vielen der traumatisierten Klientinnen die Therapeutinnen Details des Traumahergangs erfahren hatten. Auch diese Variable wurde als prozentualer Anteil erfasst. Hier zeigt sich keine signifikante Korrelation mit dem FST-Summenwert (Kendall-Tau-b = .034, $p = .127$). Als dritte Variable wurden diese beiden Maße so kombiniert, dass der prozentuale Anteil von Klientinnen, die Details des Traumas berichteten, an der Gesamtklientel resultiert. Auch diese Variable für die resultierende Exposition korreliert signifikant mit dem FST-Summenwert (Kendall-Tau-b = .139, $p < .000$, $ES = 0.28$). Diese Korrelation liegt jedoch niedriger als die Korrelation mit dem prozentualen Anteil an traumatisierten Klientinnen alleine.

		FST-Summenwert	
Kendall-Tau-b	Prozentualer Anteil traumatisierter Klientinnen	Korrelationskoeffizient	,178**
		Sig. (2-seitig)	,000
		N	1036
	Prozentualer Anteil Exposition zu Details	Korrelationskoeffizient	,034
		Sig. (2-seitig)	,127
		N	1011
	Resultierende Exposition	Korrelationskoeffizient	,139**
		Sig. (2-seitig)	,000
		N	996
	Berufserfahrung	Korrelationskoeffizient	,065**
		Sig. (2-seitig)	,002
		N	1100

** . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Tabelle 22: Korrelationen zwischen FST-Summenwert und arbeitsbezogenen Variablen

5.2.12 Ätiologiekriterien der Sekundären Traumatisierung

Das DSM-IV gibt zwei Ätiologiekriterien (A_1 und A_2) vor, die für die Diagnosestellung einer PTSD notwendigerweise erfüllt sein müssen. Das Kriterium A_1 erfragt, ob die Person eine potenziell traumatisierende Situation (mit-)erlebt hat. Diese Bedingung kann in Bezug auf Sekundäre Traumatisierung vernachlässigt werden, denn hier ist per Definition das Fehlen eines direkten Miterlebens der Hintergrund der Belastung. Das A_2 -Kriterium erfragt die Reaktion auf das potenziell traumatisierende Ereignis. Soll eine PTSD-Diagnose gestellt werden, so muss die Person entweder mit starken Emotionen von Angst und Entsetzen oder mit extremer Hilflosigkeit reagiert haben. Das A_2 -Kriterium wurde in Form von zwei Fragen in das Instrument aufgenommen und an die therapeutische Situation adaptiert. Dementsprechend wird nach der Reaktion während des Anhörens bzw. Anteilnehmens am Schicksal der Klientin gefragt.

Die Mehrheit der Befragten gibt an, sich in dieser Situation hilflos gefühlt zu haben²¹: 62,1% (n = 690) bejahen diese Frage, 37,9% (n = 421) verneinen Gefühle von Hilflosigkeit. In Bezug auf das Erleben intensiver emotionaler Reaktionen im Sinne von Angst und Entsetzen stellt sich die Situation anders dar. Hier gibt mit 67,0% der Stichprobe (n = 744) die Mehrheit an, solche Emotionen nicht erlebt zu haben. Nur 33,0% der Antworten (n = 367) entfallen auf die Bejahung dieser Frage.

282 Personen (25,4%) geben an, beide Reaktionen gezeigt zu haben, also sowohl Hilflosigkeit als auch Furcht oder Entsetzen gespürt zu haben, während 338 Personen (30,4%) weder die eine, noch die andere Reaktion an sich feststellten.

Beide Ätiologiekriterien stehen in einem signifikanten Zusammenhang mit der Diagnosegruppe: Jene Personen, die sich als hilflos erlebten, wurden häufiger den Gruppen *moderate* oder *schwere* Sekundäre Traumatisierung zugeordnet als die Personen, die sich nicht hilflos fühlten ($\chi^2 = 36,21$, $df = 2$, $p < .000$, $ES = 0,45$). Auch bei dem zweiten Ätiologiekriterium, das nach dem Erleben intensiver Emotionen von Angst oder Entsetzen fragt, wurden die Personen, die dieses Erleben bejahten, häufiger den Diagnosegruppen *moderate* oder *schwere* Sekundäre Traumatisierung zugeteilt, als Personen, die dieses Erleben nicht berichteten ($\chi^2 = 51,66$, $df = 2$, $p < .000$, $ES = 0,52$). Fasst man nun die beiden Ätiologiekriterien zusammen und prüft den Zusammenhang dieser Variable mit den Diagnosekategorien, so erweist sich auch dieser Zusammenhang als signifikant ($\chi^2 = 68,24$, $df = 2$, $p < .000$). Da diese Variable als Summenwert nun nicht mehr dichotom ist, lässt sich mittels Games-Howell-Posthoc-Test auch prüfen, ob jene Personen, die beide Ätiologiekriterien erfüllten, belasteter sind als Personen, die nur eins dieser Kriterien erfüllten. Der Test bestätigt diese Hypothese und zeigt signifikante Unterschiede zwischen allen Gruppen an (s. Anhang E10). Vergleicht man nun jene Personen, die als *sekundärtraumatisiert* diagnostiziert werden, mit jenen, die diese Diagnose nicht erhalten, so zeigt sich ein mittlerer Effekt für die Erfüllung der Ätiologiekriterien ($d = 0,55$).

²¹ 1111 Personen machten Angaben zu beiden Items.

5.2.13 Analyse der Skala *Verarbeitung während des Zuhörens*

Die Skala *Verarbeitung während des Zuhörens* weist in der vorliegenden Stichprobe einen Mittelwert von 17,87 bei einer Standardabweichung von 5,53 auf (s. Abbildung 23). Die Verteilung der Summenwerte weicht signifikant (Kolmogorov-Smirnov-Z = 2,95, $p < .000$) von der Normalverteilung ab: Die Schiefe beträgt 1,07 und die Kurtosis 2,08.

Für die Gesamtskala ergibt sich eine interne Konsistenz von Cronbach's $\alpha = .80$.

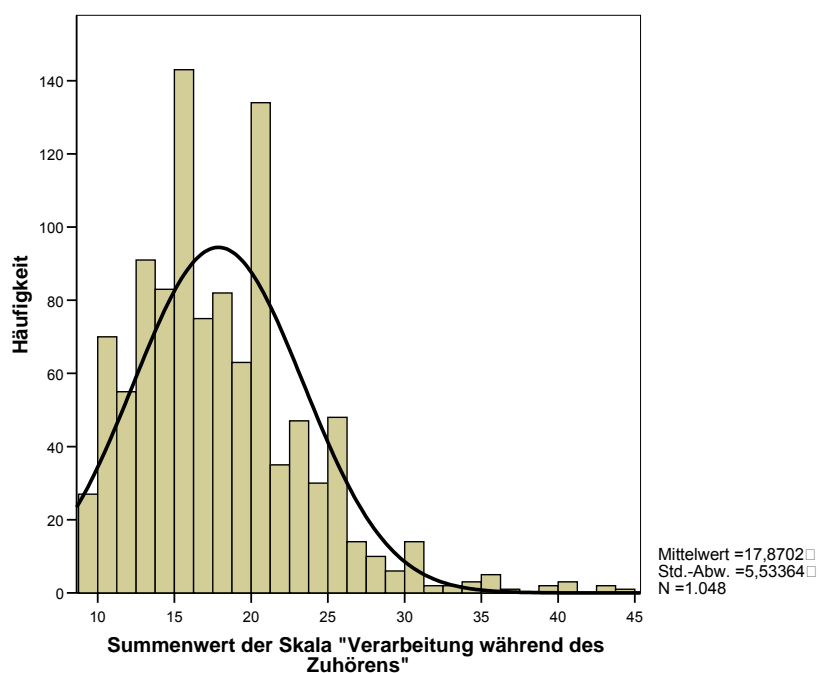


Abbildung 23: Häufigkeitsverteilung des Summenwerts der Skala *Verarbeitung während des Zuhörens*

Auch alle Einzelitems weichen signifikant von der Normalverteilung ab (s. Anhang E11). Die höchsten Mittelwerte (s. Tabelle 23) erreichen die Items PV4 (*Abstand*), PV5 (*Anspannung*) und PV1 (*Schutzbedürfnis*), die als Distraktoren in die Skala aufgenommen wurden.

Itemstatistiken		
	Mittelwert	Std. -Abweichung
PV 1	2,27	1,166
PV 2	1,96	1,081
PV 3	1,71	,901
PV 4	3,11	1,237
PV 5	2,35	,964
PV 6	1,55	,850
PV 7	1,77	,879
PV 8	1,51	,820
PV 9	1,63	,888

Tabelle 23: Itemstatistiken der Skala *Verarbeitung während des Zuhörens*

Die Analyse der Item-Skala-Statistiken zeigt, dass sich eine Erhöhung der internen Konsistenz durch den Ausschluss des Items PV4 erzielen ließe. Alle anderen Items würden bei Ausschluss zu einer Verringerung der internen Konsistenz führen (s. Tabelle 24).

Item-Skala-Statistiken		
	Korrigierte Item-Skala- Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
PV 1	,504	,784
PV 2	,511	,782
PV 3	,568	,776
PV 4	,336	,812
PV 5	,525	,780
PV 6	,554	,778
PV 7	,422	,793
PV 8	,602	,774
PV 9	,551	,778

Tabelle 24: Item-Skala-Statistiken der Skala *Verarbeitung während des Zuhörens*

Führt man die Items der Skala *Verarbeitung während des Zuhörens* einer Clusteranalyse zu, so ergeben sich im hierarchischen *Single-Linkage-Verfahren* zunächst zwei Cluster, wobei das Item *Abstand* (PV4) das erste Cluster darstellt und die übrigen Variablen das zweite Cluster bilden (s. Tabelle 25).

Cluster-Zugehörigkeit									
Fall									
	PV 1	PV 2	PV 3	PV 4	PV 5	PV 6	PV 7	PV 8	PV 9
2 Cluster	1	1	1	2	1	1	1	1	1

Tabelle 25: 2-Cluster-Lösung der Skala *Verarbeitung während des Zuhörens*

Im zweiten Schritt bilden die Items *Schutzbedürfnis* (PV1) und *Anspannung* (PV5) das nächste Cluster, das resultierende dritte Cluster besteht aus allen Items der peritraumatischen Dissoziation (s. Tabelle 26).

Cluster-Zugehörigkeit									
Fall									
	PV 1	PV 2	PV 3	PV 4	PV 5	PV 6	PV 7	PV 8	PV 9
3 Cluster	1	2	2	3	1	2	2	2	2

Tabelle 26: 3-Cluster-Lösung der Skala *Verarbeitung während des Zuhörens*

Auch das Eiszapfendiagramm (s. Anhang E12) bestätigt die Kohäsion der Dissoziationsitems, wobei die Items *Unwirklichkeit* (PV9) und *Numbing* (PV8) als erste konvergieren, dann *Autopilot* (PV6). Dies bestätigt die bei der Konstruktion der Skala angestrebte Gruppierung. Da es sich bei der hierarchischen Clusteranalyse um eine explorative Methode handelt, müssen die Ergebnisse jedoch als vorläufig gelten, bis diese durch eine unabhängige Stichprobe bestätigt werden. Zu beachten ist außerdem, dass bei diesen Items im besonderen Maße die Einschränkung der Retrospektive zum

Tragen kommt. Die Ergebnisse sollten deswegen anhand einer akut belasteten Stichprobe validiert werden. Überprüft man diese Unterteilung (trotz Verletzung der Anwendungsvoraussetzungen) mittels einer Faktorenanalyse, so wird die durch die Clusteranalyse favorisierte Unterteilung unterstützt: Die Hauptkomponentenanalyse (inklusive einer *Varimaxrotation* mit *Kaiser-Normalisierung*) extrahiert zwei Faktoren (s. *Screeplot* in Anhang E12) Diese klären gemeinsam 52,8% der Varianz auf. Die Komponentenmatrix (s. Anhang E12) bestätigt, dass die Items PV1, PV4 und PV5 am höchsten auf dem zweiten Faktor laden. Beide Verfahren legen also die Separierung der Items PV1, PV4 und PV5 nahe. Dies entspricht den Bestrebungen bei der Konstruktion der Skala. Entsprechend erfolgt für die weiteren Analysen eine Aufteilung der Skala in zwei Subskalen.

5.2.14 Evaluation der Subskala *Peritraumatische Dissoziation*

Eliminiert man die Items PV1, PV4 und PV5 zur Bildung der Subskala *Peritraumatische Dissoziation* (kurz: PD), so weist diese eine interne Konsistenz von Cronbach's $\alpha = .79$ auf²². Entsprechend der Itemanzahl reicht der potentielle Summenwert von sechs bis 30. Der Mittelwert der Subskala beträgt 10,14 bei einer Standardabweichung von 3,78 (s. Abbildung 24). Die Verteilung weicht mit einer Schiefe von 1,62 und einer Kurtosis von 4,16 signifikant von der Normalverteilung ab (Kolmogorov-Smirnov-Z = 4,64, $P < .000$).

²² In die Evaluation konnten auf Grund fehlender Angaben nur 1055 Personen einbezogen werden. Alle folgenden Angaben basieren somit auf dieser Stichprobengröße.

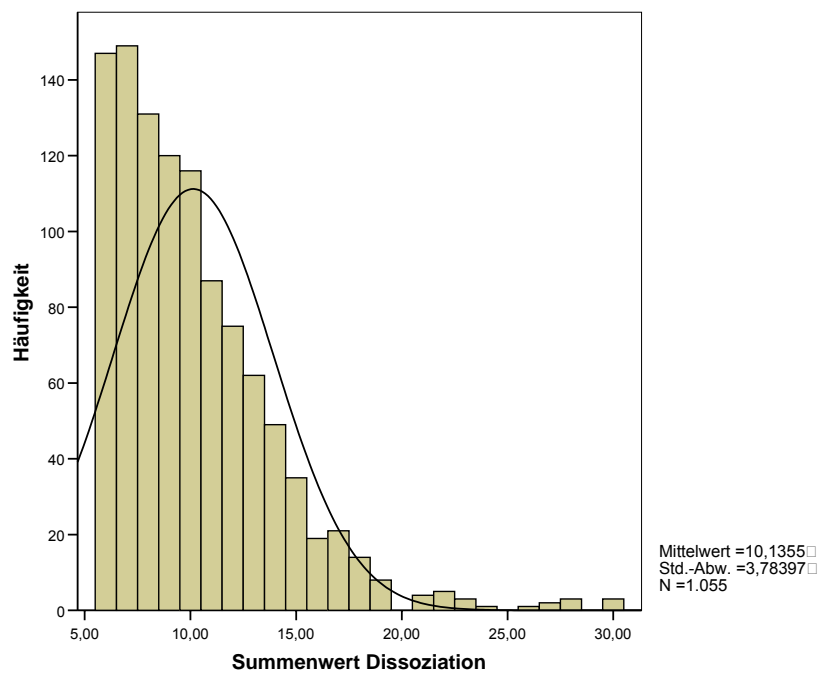


Abbildung 24: Häufigkeit des PD-Summenwertes

Den höchsten Mittelwert (s. Tabelle 27) erreicht das Item *Zeitgefühl* (PV2, $M = 1,97$), den niedrigsten das Item *Betäubung* (PV8, $M = 1,51$). Die Schwierigkeiten der Items streuen somit relativ wenig. Es wird also ein Range von 0,46 der fünfstufigen Antwortskala erreicht. Dabei wird nur die untere Skalenhälfte, die eine geringe Ausprägung der Symptome kodiert, besetzt.

Itemstatistiken		
	Mittelwert	Std.-Abweichung
PV 2	1,97	1,080
PV 3	1,71	,900
PV 6	1,55	,849
PV 7	1,77	,878
PV 8	1,51	,818
PV 9	1,63	,886

Tabelle 27: Itemstatistiken der Subskala *Peritraumatische Dissoziation*

Die Analyse der Itemtrennschärfen (s. Anhang E13) zeigt, dass alle Items zufriedenstellende Trennschärfen aufweisen. Legt man die Bewertungskriterien von Fisseni (1997, S. 124) an, so können die Trennschärfen als mittel (PV7) und hoch (PV2, PV3, PV6, PV8, PV9) bewertet werden. Es bestätigt sich zudem, dass bei Ausschluss eines Items die interne Konsistenz der Skala einheitlich sinken würde. Bei der Inspektion der Streuungsdiagramme (s. Anhang E13) fällt auf, dass das Item PV2 (*Zeitgefühl*) mit Abstand am leichtesten ist und die höchste Streuung aufweist. Da insgesamt jedoch nur ein sehr kleiner Range der Antwortskala ausgeschöpft wurde, ist dieser Zusammenhang nicht verwunderlich. Item PV8, welches die höchste Trennschärfe aufweist, zeichnet sich zugleich auch durch die höchste Schwierigkeit und die niedrigste Streuung aus. Schon diese Konstellation der Itemcharakteristika deutet an, dass es sich bei Item PV8 (*Gefühl von Betäubung*) um einen guten Indikator der peritraumatischen Dissoziation handelt. Laut Bühner (2004, S.100) muss ein Ausschluss von Items vor allem dann erwogen werden, wenn sie bei durchschnittlicher Schwierigkeit eine deutlich geringere Trennschärfe als die restlichen Items aufweisen. Das Item PV7 weist zwar die niedrigste Trennschärfe auf, aber selbst diese ist noch als mittel zu bewerten. Da es zudem das zweitleichteste Item darstellt und zu einer ausgewogenen Verteilung der Itemschwierigkeiten wesentlich beiträgt, kann auch dieses Item in der Skala verbleiben.

5.2.15 Zusammenhänge zwischen PD und soziodemografischen und arbeitsbezogenen Daten

Es zeigen sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem PD-Summenwert und arbeitsbezogenen Variablen oder dem Alter der Befragten (s. Anhang E14). Frauen ($M = 10,30$, $SD = 3,76$) weisen jedoch im Mittel signifikant höhere PD-Summenwerte (Mann-Whitney-U = 107403,50, $p = .007$) auf als Männer ($M = 9,75$, $SD = 3,84$). Prüft man jedoch die Effektstärke, so ist dieser Unterschied mit $d = 0.14$ nicht als praktisch bedeutsam einzustufen. Ärztliche und psychologische Therapeutinnen ($M = 9,99$, $SD = 3,66$) erzielen signifikant niedrigere Mittelwerte (Mann-Whitney-U

= 66225,50, $p = .004$) als ihre Kolleginnen aus anderen Berufsgruppen ($M = 10,91$, $SD = 4,31$). Auch diese Differenz ist jedoch mit $d = 0.23$ nicht als praktisch bedeutsam zu bewerten.

5.2.16 Zusammenhänge zwischen PD und FST

Zunächst interessiert der korrelative Zusammenhang zwischen den Summenwerten dieser beiden Skalen. In der Signifikanzprüfung zeigt sich, dass die Summenwerte mit Kendall-Tau-b = .390 ($p < .000$) recht hoch korreliert sind und mit $ES = 0.85$ einen starken Effekt abbilden. Auch die Inspektion des Boxplots (s. Abbildung 25) lässt einen linearen Zusammenhang erkennen. Auffällig ist hier jedoch auch die hohe Streuung, insbesondere im hohen Ausprägungsbereich der Skala *Peritraumatische Dissoziation*.

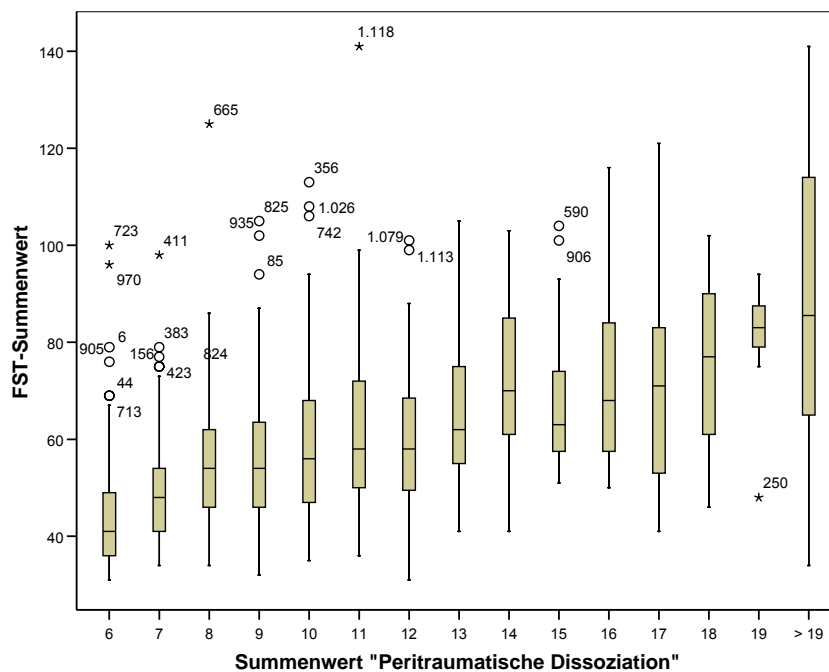


Abbildung 25: Zusammenhang zwischen Belastung und peritraumatischer Dissoziation (Kategorien < 1% zusammengefasst)

Nutzt man die PD-Items zur Vorhersage des FST-Summenwertes in einer hierarchischen Regressionsanalyse, so resultiert unter Hinzunahme von fünf Items eine quadrierte, multiple Korrelation von $R^2 = .288$ (s. Tabelle 28).

Bereits bei der Vorhersage auf der Basis des Items PV8 allein resultiert eine quadrierte Korrelation von $R^2 = .182$. Dieses Item erfragt mit dem Gefühl des Betäubt-Seins einen Aspekt der eingeschränkten Emotionswahrnehmung. Das zweite Modell nutzt zusätzlich das Item PV3 zur Prädiktion. Auch dieses fragt nach einem eingeschränkten Kontakt zu den eigenen Emotionen. Diese beiden Items zusammen erzielen bereits eine quadrierte, multiple Korrelation von $R^2 = .246$.

Modellzusammenfassung		
Modell	R	R-Quadrat
1	,426 ^a	,182
2	,496 ^b	,246
3	,523 ^c	,274
4	,533 ^d	,284
5	,537 ^e	,288

a. Einflußvariablen : (Konstante), PV 8

b. Einflußvariablen : (Konstante), PV 8, PV 3

c. Einflußvariablen : (Konstante), PV 8, PV 3, PV 7

d. Einflußvariablen : (Konstante), PV 8, PV 3, PV 7, PV 9

e. Einflußvariablen : (Konstante), PV 8, PV 3, PV 7, PV 9, PV 2

Tabelle 28: Modellzusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse zur Prädiktion des FST-Summenwertes

Ein Gruppenvergleich der niedrig- und hoch-dissoziativ verarbeitenden Personen anhand eines Mediansplits ergibt ebenfalls signifikante Mittelwertsunterschiede im FST-Summenwert (Mann-Whitney-U = 70083,00, $p < .000$). Die niedrig-dissoziativ verarbeitenden Personen weisen einen Mittelwert von 50,71 (SD = 13,13) auf, während die hoch-dissoziativ verarbeitenden einen Mittelwert von 65,16 (SD = 18,38) erreichen. Diese Differenz erzielt eine Effektstärke von $d = 0.91$, die als hoch klassifiziert wird.

Auch mit der Dauer der Sekundären Traumatisierung steht die peritraumatische Dissoziation in einem signifikanten Zusammenhang (s.

Tabelle 29). Die Schätzung der Effektstärke ($ES = 0,34$) deutet jedoch nicht auf einen praktisch bedeutsamen Effekt hin. Auch die Korrelation ist als niedrig zu bewerten und kommt vermutlich vermittelt über den Zusammenhang mit der Symptomschwere zustande.

		Dauer der Sekundären Traumatisierung	
Kendall-Tau-b	Summenwert der Skala "Peritraumatische Dissoziation"	Korrelationskoeffizient	,166**
		Sig. (2-seitig)	,000
		N	1025

** · Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Tabelle 29: Korrelation zwischen Dauer der Sekundären Traumatisierung und dem PD-Summenwert

Inspiziert man die Interkorrelationstabelle der FST-Items mit dem PD-Summenwert (s. Anhang E15), so fällt auf, dass die engsten Zusammenhänge zwischen dem PD-Summenwert und den Items ST22 (*Konzentrationsprobleme*, Kendall-Tau-b = .327, $ES = 0.69$), ST31 (*Suizidgedanken*, Kendall-Tau-b = .307, $ES = 0.65$), ST28 (*Somatische Symptome*, Kendall-Tau-b = .304, $ES = 0.64$) und ST15 (*Emotionale Taubheit*, Kendall-Tau-b = .303, $ES = 0.64$) auftreten. Dies ist überraschend, da sich unter diesen Items nicht ein einziges befindet, das Intrusionen erfragt. Die Korrelationen mit den Intrusionsitems liegen zwischen Kendall-Tau-b = .163 (ST8, *Alpträume*, $ES = 0.33$) und Kendall-Tau-b = .286 (ST10, *Physiologische Reaktionen*, $ES = 0.60$).

Die niedrigste Korrelation besteht mit dem Item, das die Reaktivierung einer Vortraumatisierung erfragt (ST29, Kendall-Tau-b = .122, $ES = 0.25$). Dies könnte jedoch mit der niedrigen Auftretenshäufigkeit des Items im vorliegenden Datensatz in Zusammenhang stehen.

5.2.17 Zusammenhänge zwischen PD und den Ätiologiekriterien

Prüft man auch hier wieder den Zusammenhang mit den Ätiologiekriterien der beschriebenen Belastungsphase, so zeigen sich signifikante Zusammenhänge zwischen der Erfüllung der Ätiologiekriterien und der Neigung, peritraumatisch zu dissoziieren (Kendall-Tau-b = .194, $p < .000$). Der Kruskal-Wallis-Test bestätigt signifikante Unterschiede im PD-Summenwert zwischen den Gruppen ($\chi^2 = 60,19$, $df = 2$, $p < .000$), die hinsichtlich der Erfüllung der Ätiologiekriterien gebildet wurden. Der Games-Howell-Posthoc-Test bestätigt, dass diese Unterschiede zwischen allen Gruppen signifikant werden (s. Tabelle 30): Wie den Angaben zur mittleren Differenz zu entnehmen ist, weisen jene Personen, die mit intensiver Emotionalität reagierten, höhere Werte in der habituellen Dissoziationsneigung auf. Teilt man nun die Stichprobe anhand eines Mediansplits in hoch und niedrig dissoziativ verarbeitende Personen, so lässt sich wiederum die Effektstärke für die Erfüllung der Ätiologiekriterien berechnen. Diese ist mit $d = .38$ als schwach zu bewerten.

Abhängige Variable: SummeDissoziation
Games-Howell

(I) A2Summe	(J) A2Summe	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz
2 = kein A2-Kriterium erfüllt	3,00	-1,07941*	,26198	,000
	4,00	-2,03330*	,31249	,000
3 = ein A2-Kriterium erfüllt	2,00	1,07941*	,26198	,000
	4,00	-,95389*	,29559	,007
4 = beide A2-Kriterien erfüllt	2,00	2,03330*	,31249	,000
	3,00	,95389*	,29559	,007

*. Die Differenz der Mittelwerte ist auf dem Niveau .05 signifikant.

Tabelle 30: Zusammenhang zwischen PD-Summenwert und den Ätiologiekriterien

5.3 Diskussion

Trotz des umfangreichen Untersuchungsinstrumentes ist es gelungen, eine sehr große Anzahl von Personen und Institutionen zur Teilnahme an dieser Studie zu bewegen. Da jedoch über den Rücklauf keine verlässlichen Aussagen gemacht werden können, müssen entsprechende Validitätseinschränkungen in Betracht gezogen werden: Zum einen wäre vorstellbar, dass insbesondere Personen, die eine Sekundäre Traumatisierung erlebten, Interesse daran hatten, dieses Forschungsvorhaben zu unterstützen. Zum anderen weisen die Aussagen der Supervisorinnen in der Interviewstudie, sowie die Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Interviewpartnerinnen darauf hin, dass das Thema unter den Angehörigen dieser Berufsgruppe noch immer tabuisiert ist. Es wäre also sowohl möglich, dass die vorliegende Stichprobe mehr Betroffene beinhaltet als anteilig in der Population vertreten sind, als auch, dass sie die Betroffenen unterrepräsentiert.

Die Einladung zu der Studie forderte explizit auch jene Kolleginnen zur Teilnahme auf, die nicht sekundärtraumatisiert waren, um dafür zu sorgen, dass nicht nur Betroffene den Fragebogen ausfüllen. Zum anderen wurde die Studie als anonymisierte Onlinestudie durchgeführt, um es den Betroffenen zu ermöglichen, wahrheitsgemäße Aussagen zur eigenen Symptombelastung zu machen, ohne dass sie als Person identifizierbar wurden.

Vergleicht man die Prävalenzraten der Sekundären Traumatisierung in den empirischen Studien, so muss man bedenken, dass die vorliegende Untersuchung eine retrospektive Erhebung darstellt, während alle anderen empirischen Studien Punktprävalenzen aktuell bestehender Symptombelastungen erhoben. Die Punktprävalenzen der Sekundären Traumatisierung liegen in den meisten empirischen Studien zwischen 10 und 15 Prozent. Zu bedenken ist hier jedoch weiterhin, dass diese Studien uneinheitliche Kriterien zur Diagnosestellung benutzten, die sich mit den in dieser Arbeit entwickelten Kriterien nicht decken.

Ein anderer Anhaltspunkt für die Bewertung des Rücklaufs sind die Aussagen der Supervisorinnen in der Interviewstudie. Diese gaben einheitlich an, dass die Sekundäre Traumatisierung häufig auftritt. Zwar wurde betont, dass es unterschiedliche Ausmaße mit unterschiedlichem Krankheitswert gibt, dass die Mehrheit der Therapeutinnen jedoch zumindest einmal eine kurzfristige Belastungsphase erlebt, scheint Konsens zu sein. Eine Supervisorin gab aber auch an, dass ca. 50 Prozent der Kolleginnen eine Phase starker Belastung erleben.

Auf diesem Hintergrund scheint eine Inzidenz von knapp 30 Prozent, wie sie diese Studie nahelegt, nicht übertrieben. Die Diagnosekriterien sind im Vergleich mit den anderen empirischen Studien allerdings vermutlich relativ streng ausgefallen, da sonst eine noch höhere Inzidenz zu erwarten gewesen wäre. Es steht also zu vermuten, dass diese Studie das Vorliegen der Sekundären Traumatisierung zumindest nicht deutlich überschätzt. Da diese Untersuchung die erste ist, die versucht die Inzidenz (und damit quasi die *Berufstätigkeitsprävalenz* als Parallele zur Lebenszeitprävalenz) abzuschätzen, kann wohl geschlussfolgert werden, dass es sich bei der Sekundären Traumatisierung um eine häufig auftretende Arbeitsbelastung handelt, derer sich die Berufsverbände widmen sollten. Es wäre jedoch wünschenswert, in einer Validierungsstudie den Rücklauf zu erfassen, um ebenfalls ausschließen zu können, dass die Inzidenz in dieser Studie deutlich unterschätzt wurde.

5.3.1 Fragebogen zur Sekundären Traumatisierung

Die Evaluation des *Fragebogen zur Sekundären Traumatisierung* erbrachte erfreuliche Ergebnisse: Die Analyse der Itemcharakteristika zeigt, dass alle Items über mittlere bis hohe Trennschärfen verfügen und auch die Streuung der Itemschwierigkeiten groß genug ist. Auch jene beiden Items, die die niedrigsten Trennschärfen besitzen, erweisen sich in der Einzelanalyse als aussagekräftig. Zudem ergibt die explorative Skalenanalyse, dass die interne Konsistenz der Skala auch bei Ausschluss dieser Items nicht weiter ansteigt. Da die Items zudem empiriegeleitet konstruiert wurden, sind sie beizubehalten. Der Fragebogen weist eine interne Konsistenz von Cronbach's $\alpha = .94$ auf. Diese ist als hoch zu bewerten. Zusammenfassend

lässt sich also sagen, dass die Konstruktion eines neuen Erhebungsinstrumentes auf der Grundlage der qualitativen Interviews mit Betroffenen gelungen ist. Die Erweiterungen, die dieser Fragebogen im Vergleich mit früheren Instrumenten aufweist, konnten anhand der untersuchten Stichprobe validiert werden. Sowohl die Cluster- als auch die Faktorenanalyse legen nahe, dass die Daten am besten durch einen Summenwert und nicht durch die Bildung von Subskalen repräsentiert werden. Dementsprechend wird für die Diagnosestellung ebenfalls auf den Summenwert rekurriert. Zur Ermittlung möglicher Diagnosegruppen wurde eine hierarchische Clusterzentrenanalyse durchgeführt. Unter Abwägung der praxisrelevanten Erfordernisse erscheint die Bildung von drei Diagnosegruppen sinnvoll: Zunächst werden jene Personen selektiert, deren FST-Summenwert auf eine klinische Beeinträchtigung schließen lässt und die somit als *sekundärtraumatisiert* diagnostiziert werden. Diese Diagnose lässt sich dann nochmals in eine *moderate* und eine *schwere* Sekundäre Traumatisierung differenzieren. Diese Gruppen weisen signifikant unterschiedliche Mittelwerte der FST-Summenwerte auf und bilden auch inhaltlich relevante Symptomsteigerungen ab. So berichtet in der Gruppe der *moderat sekundärtraumatisierten* Personen ein Fünftel über häufige oder sehr häufige Suizidgedanken, während dies in der Gruppe der *schwer sekundärtraumatisierten* Personen fast die Hälfte tut. Auch hinsichtlich der Belastungsdauer erweist sich die Unterteilung der Diagnose in moderate und schwere Ausprägung als sinnvoll: Während bei der *moderaten* Sekundären Traumatisierung knapp ein Zehntel der Betroffenen von einer dauerhaften Symptombelastung berichtet, trifft dies bei der *schweren* Sekundären Traumatisierung auf fast ein Viertel der Betroffenen zu.

5.3.1.1 Auswertungsempfehlungen für Anwenderinnen

Den Anwenderinnen werden dementsprechend die folgenden Auswertungsschritte empfohlen:

- Zunächst ist der Summenwert über alle 31 Items des FST zu bilden. Liegt dieser unterhalb von 65 Punkten, so wird keine klinische

Belastung diagnostiziert. Erst Personen mit Summenwerten ab 65 werden als sekundärtraumatisiert diagnostiziert.

- Personen mit Summenwerten zwischen 65 und 82 Punkten werden als moderat sekundärtraumatisiert eingestuft. Bei diesen sollte die Häufigkeit von Suizidgedanken sowie die Dauer der Sekundären Traumatisierung erfragt werden. Personen mit häufig auftretenden Suizidgedanken oder einer Belastungsdauer von mehr als drei Monaten sollte eine Behandlung angeraten werden. Jene Personen, die eine kürzere Dauer der Belastung angeben, sollten zu einem späteren Zeitpunkt nochmals untersucht werden, um eine Chronifizierung der Symptombelastung auszuschließen.
- Personen mit Summenwerten oberhalb von 82 Punkten sollte eine sofortige Behandlung angeraten werden. Diese werden als schwer sekundärtraumatisiert diagnostiziert.

Diese Diagnosekriterien basieren jedoch auf einer retrospektiven Erhebung sowie explorativen Analyseverfahren. Sie müssen deshalb so lange als vorläufig gelten, bis sie anhand einer akut belasteten Stichprobe repliziert werden konnten.

Die dargestellten Auswertungsschritte erklären sich wie folgt:

In der vorliegenden Stichprobe besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Dauer der Sekundären Traumatisierung und der Häufigkeit der Suizidgedanken. Dies trifft auch auf die beiden Diagnosegruppen *moderate* und *schwere* Sekundäre Traumatisierung einzeln zu. Ein Zeitkriterium reicht für die Erfassung der möglicherweise suizidgefährdeten Personen hier also nicht aus. Da die Suizidgedanken zudem nicht notwendigerweise mit einer depressiven Verstimmung einhergehen, sondern eher als Ausdruck des Entfremdungserlebens zu verstehen sind, sollten sich die Supervisorinnen nicht einfach auf den Gesamteindruck der Supervidandin verlassen. Dementsprechend sollten Supervisorinnen nicht nur bei depressiver Verstimmung oder langanhaltender Symptombelastung Suizidalität gezielt erfragen, sondern dies in das regelmäßige Screening aufnehmen.

Liegt die beschriebene Belastung bereits seit drei Monaten vor, so besteht ein hohes Risiko der Chronifizierung. Die Analyse der Belastungsdauer zeigt, dass die moderate Sekundäre Traumatisierung bei knapp 30 Prozent der Befragten länger als drei Monate anhält, fast ein Zehntel berichtet hier sogar von fortdauernder Symptombelastung. In diesem Sinne ist die moderate Sekundäre Traumatisierung sicherlich spätestens ab einer Dauer von drei Monaten behandlungsbedürftig.

Bei Vorliegen einer schweren Sekundären Traumatisierung besteht hingegen sofortiger Behandlungsbedarf: Bei 40 Prozent dauert die Belastungsphase länger als drei Monate an, und bei mehr als einem Fünftel ist mit einer dauerhaften Chronifizierung zu rechnen. Knapp die Hälfte der Befragten berichtet von häufigen oder sehr häufigen Suizidgedanken. Die Symptomschwere deutet zudem darauf hin, dass die Arbeitsfähigkeit der Betroffenen ernsthaft eingeschränkt ist.

5.3.2 Prävalenz der Sekundären Traumatisierung

Wendet man die oben dargestellten Diagnosekriterien auf die vorliegende Stichprobe an, so wird mit 29,1 Prozent mehr als ein Viertel der Befragten als *sekundärtraumatisiert* diagnostiziert. Umgekehrt heißt dies, dass mit 70,9 Prozent die überwiegende Mehrheit nicht diese Diagnose erhält. In der vorliegenden Stichprobe gliedert sich die Gruppe der sekundärtraumatisierten Personen wie folgt auf: 68,5 Prozent der sekundärtraumatisierten Personen und damit knapp ein Fünftel der Gesamtstichprobe werden als *moderat sekundärtraumatisiert* beschrieben. 31,5 Prozent der sekundärtraumatisierten Personen und damit nur knapp ein Zehntel der Gesamtstichprobe erhalten die Diagnose *schwere Sekundäre Traumatisierung*.

Betrachtet man an dieser Stelle die Diagnosekriterien noch einmal inhaltlich, so zeigt sich, dass diese eher streng ausfallen: Der Kriteriumswert von 65 kann sich auf unterschiedliche Weise zusammensetzen. Betrachtet man die Extreme, so könnte sich dieser Wert zum einen aus 31 Items zusammensetzen, die in der Mehrheit als *selten* eingestuft wurden. Hier spricht allein das Auftreten dieser Menge unterschiedlicher Symptome innerhalb einer Woche für die Diagnose einer klinisch relevanten Belastung.

Zum anderen könnte sich der Kriteriumswert aber auch aus 13 Items zusammensetzen, die einheitlich als *sehr häufig* beschrieben werden. Hier erfordert die Symptomschwere bei dieser Anzahl von Symptomen die Diagnosestellung. Wahrscheinlicher als diese beiden Extreme sind Mischformen. Dennoch sollte klar geworden sein, dass sich die Symptombelastung in dieser Personengruppe auf klinisch relevantem Niveau befindet. Auf eine differenziertere Auswertung wird zugunsten der Parallelität zu der IES-R verzichtet.

Es wird deutlich, dass auch einige Personen mit einem Summenwert kleiner als 65 schon als sehr belastet einzustufen sind. Dies zeigt sich unter anderem daran, dass bei immerhin 6,7 Prozent dieser Personen die Belastungsphase länger als drei Monate anhielt. Um aber einer übermäßigen Pathologisierung dieser Arbeitsbelastung vorzubeugen, wird diesem Belastungsausmaß hier kein Syndromstatus zugesprochen. Dass es trotzdem sinnvoll sein kann, sich auch bei einer geringeren Ausprägung der Symptombelastung Unterstützung zu suchen und die eigene Arbeitsbelastung der aktuellen Belastbarkeit anzupassen, versteht sich von selbst. Da der FST jedoch zur Erfassung einer pathologischen Entwicklung konstruiert wurde, sollten hier die oben beschriebenen, relativ strengen Diagnosekriterien angelegt werden.

5.3.3 Dauer der Sekundären Traumatisierung

Die Analyse der Angaben zur Dauer der Belastungsphase zeigt, dass die Belastung bei der überwiegenden Mehrheit der Befragten nicht länger als vier Wochen anhält. Betrachtet man nur jene Personen, die als *sekundärtraumatisiert* diagnostiziert werden, so dauert die Belastungsphase jedoch bei der Mehrheit länger als vier Wochen. Innerhalb der ersten drei Monate nimmt die Symptombelastung aber auch hier bei 67,0 Prozent der Befragten ab. Besorgniserregend ist jedoch die Feststellung, dass immerhin 13,8 Prozent von dauerhaften Veränderungen berichten. Deutlich wird also ein Zusammenhang von Schwere und Dauer der Belastungsphase. Diesen bildet auch die signifikante, ordinale Korrelation ab. Die geschätzte Effektstärke deutet jedoch nur auf einen mittleren Effekt hin. Allerdings könnten die vielen Ausreißer- und Extremwerte dazu geführt haben, dass die

Korrelation unterschätzt wurde: Zu beobachten ist, dass es sowohl Personen gibt, die trotz geringer Symptombelastung deren Fortdauern beschreiben, als auch Personen, bei denen eine sehr starke Symptombelastung dennoch innerhalb der ersten vier Wochen zurückging. Hier muss also weiterhin nach vermittelnden Variablen gesucht werden, die die Aufrechterhaltung der Symptomatik erklären können.

5.3.4 Symptomatik der Sekundären Traumatisierung

Die vorliegende Fragebogenstudie bestätigt die Annahme, dass sich die Sekundäre Traumatisierung sowohl aus typischen posttraumatischen Belastungssymptomen als auch aus komorbiden Symptomen der PTSD zusammensetzt. Die Inspektion der Itemschwierigkeiten zeigt, dass Entgrenzung in Form von Grübelneigung das häufigste Symptom darstellt, gefolgt von drei Intrusionsitems. Diese beinhalten auch Gedankenintrusionen. Bei soviel willkürlicher und unwillkürlicher gedanklicher Beschäftigung mit dem Trauma ist es nicht verwunderlich, dass das nächst häufigste Item Vermeidung in Form von Gedankenunterdrückung ist. Schon die Analyse der Itemschwierigkeiten zeigt also, dass sich die Anfangssymptome der Sekundären Traumatisierung aus klassischen posttraumatischen Symptomen aber auch einem Indikator für Entgrenzung zusammensetzen. Auch die in der Interviewstudie neu entwickelte Symptomkategorie *Parapsychotisches Bedrohungserleben* erweist sich in der quantitativen Überprüfung als integraler Bestandteil der sekundären Belastung. Die Itemschwierigkeiten liegen hier im unteren bis mittleren Bereich, was darauf hinweist, dass die Items gute Indikatoren einer stärkeren Sekundären Traumatisierung sind.

Besonders interessant sind die Ergebnisse zur Intrusionssymptomatik: Es zeigt sich, dass das Auftreten von Gedankenintrusionen kein hinreichendes Kriterium für die Definition einer Sekundären Traumatisierung darstellt, denn nur bei 6,0 Prozent der Gesamtstichprobe traten diese nicht auf. Wie die Clusteranalyse zeigt, stellen andererseits Intrusionen in Form von Albträumen sehr gute Indikatoren dar. Wie ist dies zu erklären? Ein Blick in die empirische Forschungsliteratur zu Intrusionen zeigt, dass Intrusionen in Form von Gedanken und Bildern nicht nur bei der PTSD, sondern auch bei

anderen Angststörungen auftreten: So berichtet Clark (2002) von Intrusionssymptomen bei Generalisierter Angststörung und Zwangsstörung. Einige Autorinnen argumentieren, dass Intrusionen zudem an der Aufrechterhaltung der Sozialen Phobie beteiligt sein könnten (Kocovski, Endler, Rector, & Flett, 2005; Vassilopoulos, 2005). In einer Schwerpunktausgabe der Zeitschrift *Memory* zum Thema *mental imagery* wurden zudem intrusionsähnliche Symptome auch für die Agoraphobie und die Dismorphie beschrieben (Hackmann & Holmes, 2004). Besonders interessant ist der Überschneidungsbereich mit der Depression, die häufig komorbid mit der PTSD auftritt: Auch hier werden negative Gedanken und Vorstellungsbilder oft als intrusiv beschrieben (Reynolds & Brewin, 1998, 1999; Wenzlaff, 2002).

Im Rahmen der Forschungsliteratur zur PTSD werden Intrusionen zumeist definiert als Erinnerungen, die aus bedeutungsvollen Fragmenten des Traumagedächtnisses bestehen (Brewin, Dagleish, & Joseph, 1996; Conway & Pleydell-Pearce, 2000; Ehlers & Clark, 2000; Foa & Rothbaum, 1998; van der Kolk & Saporta, 1991). Sie zeichnen sich durch das Fehlen von Kontextinformationen wie die räumliche und zeitliche Einordnung aus. Diese mangelnde Einbettung steht in einem direkten signifikanten Zusammenhang mit der Dauer und der Schwere der posttraumatischen Symptombelastung (Michael, Ehlers, Halligan, & Clark, 2005). Intrusionen sind Erinnerungen, die unwillkürlich abgerufen werden, und die Betroffenen erleben das unkontrollierbare Auftreten der Intrusionen als sehr belastend (Dougall, Craig, & Baum, 1999). Das Besondere dieser Erinnerungsfragmente ist, dass die Erinnerungen auch bei Vorliegen revidierender Informationen nicht verändert werden: Die bedrohlichen Informationen sind so eingekapselt, dass sie auch durch den weiteren Verlauf des Traumas sowie nachträglich gewonnenen Informationen nicht elaboriert werden. Dabei treten visuelle Intrusionen deutlich häufiger auf als rein gedankliche Kognitionen (Ehlers & Steil, 1995).

Die These, dass es sich bei Intrusionen immer um traumatische Erinnerungsfragmente handelt, wird jedoch von verschiedenen Seiten in Zweifel gezogen: Schon Brewin, Christodoulides und Hutchinson (1996) und de Silva und Marks (1999) konnten zeigen, dass Intrusionen nicht nur bei

klinischen Populationen auftreten: Sie fanden bei fast 80 Prozent der gesunden Kontrollprobanden ähnlich negative Intrusionen. Zudem häufen sich die Hinweise, dass Intrusionen nicht nur aus tatsächlich wahrgenommenen Außenreizen, wie z.B. visuellen Eindrücken oder Gerüchen bestehen können, sondern auch aus mentalen Vorstellungsbildern, die während des Traumas gebildet wurden. Gedankenintrusionen wiederum müssen gar nicht auf Erinnerungsfragmenten der traumatischen Situation beruhen, sondern können in Form von *Fragen* an das Geschehen auftreten: de Silva und Marks (1999) berichten von Intrusionen, die Beurteilungen der Bedrohung, negative Gedanken über das Selbst und Bedeutungszuschreibungen enthielten. Falsetti, Monnier, Davis und Resnick (2002) berichten, dass diese Form der Intrusion genauso häufig auftritt, wie Erinnerungsintrusionen. Ehlers, Hackmann & Michael (2004) befürworten deshalb eine Differenzierung intrusiver Phänomene in Erinnerungsfragmente des Traumas und Intrusionen, die nicht auf Erinnerungen beruhen.

Bleibt man bei dieser Unterteilung, so ist dennoch festzuhalten, dass auch die Erinnerungsintrusionen nicht nur aus tatsächlich im Außen wahrgenommenen Reizen bestehen, sondern häufig auch aus peritraumatisch gebildeten Vorstellungsbildern. So berichten z.B. schon Merckelbach, Muris, Horselenberg und Rassin (1998), dass mehr als ein Fünftel der Befragten nicht adäquate Beschreibungen des Traumahergangs intrusiv wiedererleben, sondern die Intrusionen aus imaginierten *worst case scenarios* bestehen. Auch Holmes, Grey und Young (2005) und Ehlers et al. (2004) beschreiben das häufige Auftreten von Erinnerungsintrusionen, die sich auf Vorstellungsbilder beziehen. Sie betonen, dass die Klientinnen auf diese Intrusionen so reagieren, als wären diese ein wahrer Teil eines aktuell stattfindenden Traumas, selbst wenn nachträgliche Informationen über den Ausgang des Traumas diesen Vorstellungsbildern widersprechen. In ihrer *Warnsignalhypothese* formulieren Ehlers und Clark (2000), dass Intrusionen deshalb bei den Betroffenen eine so starke Belastung auslösen, weil sie dazu führen, dass diese das Trauma als *aktuelle* Bedrohung wahrnehmen. Dem zu Grunde liegen zum einen die kognitiven Bewertungen des Traumas und zum anderen die unzureichende Elaboration der Traumaerinnerungen.

Falsetti et al. (2002) merken dazu an, dass Erinnerungsintrusionen, die auf Vorstellungsbildern beruhen, auch bei Populationen beschrieben wurden, die ein Ereignis als traumatisch erlebten, obwohl sie gar nicht vor Ort waren: Sie berichten z.B. Evidenz für das Auftreten von Intrusionen bei den Angehörigen verstorbener Traumaopfer. Sie schlussfolgern: „Es scheint üblich zu sein, dass der Geist Vorstellungsbilder davon erzeugt, wie das traumatische Geschehen ausgesehen haben könnte, und dass in der Folge intrusive Bilder und Gedanken bezüglich dieser Vorstellungen erlebt werden“ (S.139, eigene Übersetzung).

In eine ähnliche Richtung weisen auch jene Studien, die eine Belastung mit posttraumatischen Symptomen in der Folge des Angriffs auf das *World Trade Center* bei Populationen berichten, die nur den medialen Darstellungen, nicht aber dem Ereignis selbst ausgesetzt waren. Zwar lieferten hier die Medien visuelle Zeugnisse des Traumas, die Entwicklung einer intrusiven Symptomatik bestätigt aber, dass auch solche Populationen den Auswirkungen dieser Traumata unterliegen, die mit räumlichem Abstand zum Traumaschehen davon berichtet bekommen (Ahern et al., 2002; Linley et al., 2003; White, 2001).

Das Ergebnis dieser Studie, dass Gedankenintrusionen zu häufig auftraten um sie zur Differenzierung der Diagnosegruppen einzusetzen, ließe sich also möglicherweise darauf zurückführen, dass das Item nicht explizit genug nach Erinnerungsintrusionen fragte. Zwar war eine Differenzierung zwischen Gedankenintrusion und reiner Grübelneigung durch das vorgeschaltete Item zur Grübelneigung sichergestellt, es muss aber vermutet werden, dass die befragten Therapeutinnen auch intrusive Kognitionen, die nicht peritraumatisch gebildet wurden, als Gedankenintrusionen beschrieben. Bedenkt man andererseits, dass bei primären Traumaopfern oft Intrusionen auftreten, die nicht auf sensorischen Eindrücken beruhen, so ist es nicht verwunderlich, dass auch die Therapeutinnen über Intrusionen von Vorstellungsbildern berichten.

Es ist also davon auszugehen, dass die Therapeutinnen die Beschreibungen ihrer Klientinnen zu Bildern zusammensetzten, welche in der Folge als Intrusionen wiederkehrten. Die Unterschiede zwischen autobiografischen

Erinnerungen und imaginierten Bildern wurden mittels EEG (z.B. Conway, Pleydell-Pearce, Whitecross, & Sharpe, 2003) und bildgebender Verfahren (z.B. Markowitsch et al., 2000) untersucht. Es finden sich große Überlappungen der aktivierten Regionen, aber auch Indikatoren für die Spezifität der beiden Bedingungen: Während autobiografische Erinnerungen zu einer starken Aktivierung der rechten Amygdala und der temporofrontalen Übergangsregion führen, zeigt sich dieses Aktivitätsmuster bei imaginierten Erlebnissen mit vergleichbar emotionalem Inhalt nicht (Markowitsch et al., 2000). Es lässt sich hypothetisieren, dass die Aktivierung der Amygdala die Erinnerungen mit einer Valenz versieht und so sehr lebhaft macht. Genau diese emotionale Qualität beim Abruf der Erinnerung sollte jedoch für die Intrusionsentstehung eine Rolle spielen. Zu bedenken ist hier, dass in den oben genannten Studien fiktives Material verwendet wurde. Es wäre möglich, dass das Wissen um die Authentizität der Geschichte die emotionale Beteiligung moderiert.

Zu erklären ist somit, warum die Bilder von den Therapeutinnen so abgespeichert wurden, dass sie zu einer intrusiven Symptomatik führten. Hier muss also die Frage nach dem erlebten Hyperarousal bzw. dissoziativen Reaktionen auf Seiten der Therapeutinnen neu gestellt werden. Dazu werden weiter unten die Zusammenhänge zwischen der Symptombelastung und den Ätiologiekriterien sowie dem Vorliegen einer habituellen Dissoziationsneigung diskutiert.

In Bezug auf die in der vorliegenden Studie erhobene Symptomatik des *Parapsychotischen Bedrohungserlebens* ist ein weiteres empirisches Ergebnis interessant: Holmes und Steel (2004) untersuchten den Zusammenhang zwischen der Entwicklung von Intrusionssymptomen und Schizotypie anhand einer psychisch gesunden Stichprobe. Unter Schizotypie versteht man ein Persönlichkeitsmerkmal, das sich durch das Auftreten schizophrenie-ähnlicher, positiver Symptome äußert. Schon länger ist bekannt, dass posttraumatische Intrusionen Ähnlichkeiten mit den positiven Symptomen der Schizotypie und der Schizophrenie in Bezug auf die Unkontrollierbarkeit des Auftretens und das fehlen von Kontextinformationen aufweisen. Morrison, Frame und Larkin (2003) argumentieren, dass

Personen mit ausgeprägter Schizotypie oder mit Schizophrenie einen Informationsverarbeitungsstil aufweisen, der dem von Personen während einer traumatischen Situation ähnelt: Sie vermuten, dass Informationen nur mit einem relativ schwachen Bezug zu raum-zeitlichen Kontextinformationen abgespeichert werden und diese Form der Enkodierung das Auftreten von Intrusionen bedingt. Zu positiven Symptomen der Schizotypie wie Illusionen und Halluzinationen kommt es, weil die Betroffenen diese Intrusionen interpretieren, z.B. bei einer akustischen Intrusion vermuten, Gott spräche zu ihnen.

Auch die DSM-IV-Diagnosekriterien für PTSD umfassen Illusionen und Halluzinationen. Hierbei muss jedoch der Bezug zu dem erlebten Trauma herzustellen sein, so dass diese Symptome als Formen des Wiedererlebens kodiert werden können. Allerdings finden sich auch bei PTSD-Klientinnen regelmäßig Halluzinationen, die sich nicht inhaltlich auf das Trauma beziehen (Butler et al., 1996). Merckelbach, Rassin und Muris (2000) konnten zudem zeigen, dass sich Personen mit Schizotypie auch durch erhöhte Dissoziationswerte auszeichnen. Holmes und Steel (2004) versuchten deshalb, die traumatische Intrusionsentstehung auf der Basis der Dissoziations- und der Schizotypiewerte vorherzusagen. Dazu zeigten sie einer psychisch gesunden Stichprobe einen aversiven Film, der Intrusionen auslöste. Sie konnten auf der Basis der Schizotypiewerte die Menge und Häufigkeit der Intrusionen signifikant vorhersagen. Auch in ihrer Studie wiesen jene Personen mit starker Schizotypie erhöhte Dissoziationswerte auf. Die Autorinnen vermuten, dass der Zusammenhang zwischen Schizotypie und Intrusionsentwicklung über die Dissoziationsneigung moderiert wird. Auf diesem Hintergrund könnte also auch das in dieser Studie erstmals erhobene *Parapsychotische Bedrohungserleben* auf die peritraumatische Dissoziation der Therapeutin zurückführbar sein. Interessant ist in diesem Zusammenhang auch, dass ähnliche Symptome bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) auftreten: Laut DSM-IV sind transiente, paranoide Gedanken oder starke dissoziative Symptome, die durch erhöhten Stress ausgelöst werden, ein Diagnosekriterium der BPS. Auch bei der BPS wird ein Trauma als Ätiologiefaktor diskutiert (Driessen et al., 2002).

5.3.4.1 Symptomcluster

Insgesamt lassen sowohl die Ergebnisse der Cluster- als auch der Faktorenanalyse eine Unterteilung der Skala in Subskalen nicht angeraten erscheinen. Das Dendrogramm der Clusteranalyse zeigt, dass im ersten Schritt drei Items zusammengefasst werden, die Intrusionen in Form von Träumen sowie die Reaktualisierung einer Vortraumatisierung erfragen. Im nächsten Schritt verschmilzt ein Item mit diesem Cluster, welches bewusstes Vermeidungsverhalten kodiert. Zunächst unabhängig von diesem Cluster wird auch ein Vermeidungscluster erzeugt, welches jedoch ausschließlich Items umfasst, die Vermeidung in Form einer Abflachung der Reagibilität kodieren. Erst mit noch größerer Distanz wird auch ein Hyperarousalcluster gebildet. Diese ersten Kontraktionen deuten also an, dass sich die PTSD-Symptomcluster als Gruppen wiederfinden lassen. Ihre Distanzen zueinander legen jedoch keine Unterteilung der Skala in Subskalen nahe. Zudem umfasst das erste Cluster bereits ein Vermeidungssymptom, in späteren Schritten dann auch Symptome parapsychotischen Bedrohungserlebens.

Interessant ist, dass das Dendrogramm die Unterteilung der Vermeidungssymptome in bewusstes Vermeidungsverhalten einerseits und die Abflachung der Reagibilität (*numbing*) andererseits repliziert, wie sie mittlerweile auch für die IES-R in einigen Studien beschrieben wurde (z.B. Amdur & Liberzon, 2001; Andrews, Shevlin, Troop, & Joseph, 2004).

Ebenfalls konform mit einigen neueren Studien zur Dimensionalität der PTSD zeigt sich, dass jenes Cluster, das zunächst aus zwei Hyperarousalsymptomen gebildet wird, in den nächsten Schritten mit Veränderungen in der Sexualität, verstärktem Sicherheitsverhalten sowie der Abflachung der Reagibilität vereint wird. Dies entspricht Studien, in denen die Symptome des *numbing* aus den Hyperarousalsymptomen vorhergesagt werden konnten (für einen Überblick s. Tull & Roemer, 2003).

Auch die explorative, schrittweise Bildung von Symptomclustern führt zu interessanten Erkenntnissen: So ist zu beobachten, dass das Item ST29 (*Vortraumatisierung*) in allen Clusterlösungen zum Gesamtcluster zählt, sich also keine Gruppenbildung nach traumatischer Vorgeschichte anzubieten scheint. Ebenso sind die in den Interviews neu extrahierten

Symptomkategorien *Entfremdung* und *Parapsychotisches Bedrohungserleben* auch nach sechs hierarchischen Extraktionen Bestandteile des Gesamtclusters. *Depressive Verstimmung* und *Suizidgedanken* hingegen bilden jeweils eigenständige Cluster und werden nicht zu einem Symptomkomplex zusammengefasst. Sie scheinen also eigenständige Symptommatiken abzubilden.

5.3.4.2 Einzelsymptome

Die Analyse der Einzelsymptome zeigt jedoch, dass sich innerhalb der Symptomgruppen zumindest Reihungen finden lassen.

Vermeidung

Während Vermeidung in Form von Gedankenunterdrückung von sehr vielen Personen berichtet wurde, gaben 78,2 Prozent der Stichprobe an, nie bewusst einen externalen Hinweisreiz vermieden zu haben. Nur insgesamt 3,3 Prozent der Befragten taten dies häufig. Auf der Basis dieser Ergebnisse muss die These, dass die Sekundäre Traumatisierung generell durch Vermeidungsverhalten aufrechterhalten wird, in Zweifel gezogen werden. Auch die Analyse der Interkorrelation mit der Dauer der Belastung zeigt, dass Vermeidungsverhalten nicht besonders eng mit der Dauer in Zusammenhang steht. Andererseits deutet das Dendrogramm der Clusteranalyse an, dass die Leitsymptomatik der *schweren* Sekundären Traumatisierung neben Alpträumen auch aus bewusster Vermeidung besteht.

Hyperarousal

Das Cluster *Hyperarousal* wurde nicht nur mittels der klassischen Übererregungssymptome erfasst, wie sie im DSM-IV definiert sind, sondern zusätzlich durch die Häufigkeit von Teamkonflikten und das Auftreten somatischer Symptome. Der Vergleich der Mittelwerte zeigt, dass diese neu formulierten Symptome ähnlich häufig auftraten, wie die im DSM-IV definierten Symptome.

Reaktualisierung einer Vortraumatisierung

In dieser Studie wurde auf die Erhebung der Prävalenz von Vortraumatisierungen bewusst verzichtet, da die bisher bestehende empirische Forschungsliteratur nicht vermuten lässt, dass das Vorliegen einer Vortraumatisierung allein einen signifikanten Risikofaktor darstellt. Stattdessen wurde, basierend auf den Aussagen von Betroffenen und Supervisorinnen, die These aufgestellt, dass eine Reaktualisierung der Vortraumatisierung ein Symptom der Sekundären Traumatisierung darstellen könnte. Die Ergebnisse der Clusteranalyse bestätigen zum einen, dass die Reaktualisierung einer Vortraumatisierung mit einer hohen Gesamtbelastung einhergeht und dieses Symptom einen integralen Bestandteil der Sekundären Traumatisierung darstellt. Nur insgesamt 10 Prozent der Stichprobe berichteten überhaupt von diesem Symptom und nur 2,1 Prozent beschrieben es als häufig. Die Analyse hinsichtlich der Diagnosegruppen bestätigt, dass jene Personen, bei denen die Vortraumatisierung sehr häufig reaktualisiert wurde, sämtlich als sekundärtraumatisiert diagnostiziert werden. Andererseits zeigt die Verteilung der FST-Summenwerte auf den Itemstufen des Items ST29 (*Vortraumatisierung*) auch, dass es Personen gibt, die sehr hohe FST-Summenwerte erreichen, obwohl bei ihnen keine Vortraumatisierung reaktualisiert wurde.

Zusammengefasst bedeutet dies also, dass es durchaus eine ausgeprägte sekundäre Belastung auch ohne Reaktivierung einer Vortraumatisierung geben kann. Die hohen FST-Summenwerte zeigen jedoch, dass diejenigen, bei denen das eigene Trauma reaktiviert wurde, mit einer ausgeprägten sekundären Belastung reagierten.

Depressive Verstimmung und Suizidalität

Das Ergebnis der Clusteranalyse ist ein Hinweis darauf, dass depressive Verstimmung und Suizidgedanken unabhängig voneinander auftreten und vermutlich auch in ihrer Ätiologie divergieren. Von einer Verursachung der Suizidgedanken durch die depressive Verstimmung kann angesichts dieser Ergebnisse nicht ausgegangen werden. Auch die Analyse der Korrelationen, die einen engeren Zusammenhang von Suizidalität mit der Gesamtbelastung als mit der depressiven Verstimmung bestätigte, deutet in diese Richtung.

Diese Ergebnisse decken sich mit der Forschungsliteratur: Suizidalität ist nicht nur bei einer voll ausgeprägten PTSD beschrieben worden, sondern auch in Populationen, die eine subklinische Ausprägung der posttraumatischen Belastung zeigten. Diese Populationen scheinen von besonderer Relevanz, da auch bei den hier untersuchten Personen keine primäre PTSD, sondern eine andere Form traumabezogener Belastung vorliegt. Marshall et al. (2001) untersuchten anhand einer sehr großen Stichprobe des *National Anxiety Disorders Screening Day* den Zusammenhang zwischen subklinischer PTSD und Suizidalität. In ihrer Stichprobe wurde bei 18,9 Prozent eine subklinische PTSD diagnostiziert, deren Schwere signifikant das Auftreten von Suizidgedanken vorhersagte. Dieser Zusammenhang blieb auch signifikant, nachdem für Depressivität kontrolliert wurde. Während 9 Prozent der Personen ohne PTSD-Symptome Suizidgedanken angaben, berichteten im Durchschnitt 23 Prozent der Personen mit PTSD-Symptomen darüber. Bei denjenigen Personen, die vier oder mehr PTSD-Symptome aufwiesen, gaben sogar 33 Prozent die Beschäftigung mit Suizid an. Suizidneigung scheint also ein integraler Bestandteil der posttraumatischen Belastung zu sein und nicht erklärbar durch die Komorbidität mit Depression. Es deutet sich zudem an, dass Suizidgedanken eher dem Symptomcluster Entfremdung zuzurechnen wären. Auf dem Hintergrund der erschreckend hohen Suizidraten in der untersuchten Berufsgruppe können solche Anzeichen nicht ernst genug genommen werden.

Auch die These einer Supervisorin, dass sich eine Differenzierung der Betroffenen in Personen, die depressiv und solche die paranoid verarbeiten, finden lässt, muss nach Analyse der vorliegenden Stichprobe zurückgewiesen werden. Die Korrelation zwischen der Häufigkeit depressiver Verstimmung und parapsychotischem Bedrohungserleben liegt im mittleren Bereich, ebenso wie die daraus abgeleitete Schätzung für die Effektstärke.

Sexualität

Laut DSM-IV wird ein Rückzug aus Intimität und Sexualität als ein Vermeidungssymptom gewertet. Folgt man den Beschreibungen der Betroffenen in der Interviewstudie, so geht dieser Rückzug jedoch vor allem

auf das Intrusionserleben zurück, welches durch die Sexualität ausgelöst wird. Die Clusteranalyse legt eine dritte Zuordnung nahe: Im Dendrogramm verbindet sich dieses Item mit zwei Hyperarousalitems. Dies legt nahe, dass die fehlende Entspannungsfähigkeit dem Rückzug aus der Sexualität zu Grunde liegt. Diese dritte Zuordnungsthese wird auch von der Interkorrelationstabelle direkt unterstützt: Das Item, das Veränderungen in der Sexualität erfragt, korreliert am höchsten mit Hyperarousalitems. Die entsprechenden Schätzungen für die Effektstärken weisen jedoch auf mittlere Effekte hin.

Suchtverhalten

Veränderungen im Suchtmittelgebrauch treten relativ selten auf. Nur insgesamt 5,2 Prozent der Gesamtstichprobe berichten von häufigem Suchtmittelgebrauch. Mit 63,4 Prozent gibt die überwiegende Mehrheit hingegen an, nie bewusst Suchtmittel zur Beruhigung eingesetzt zu haben.

Parapsychotisches Bedrohungserleben

Diese Kategorie umfasst fünf Items, die Sicherheitsverhalten und Bedrohungsgefühle erheben. Das Dendrogramm zeigt, dass die zwei Items, die Sicherheitsverhalten erfassen, zu einem Cluster kontrahiert werden. Dieses wiederum verschmilzt im nächsten Schritt mit jenem Cluster, das Vermeidung in Form einer Abflachung der Reagibilität erhebt. Die Clusteranalyse bestätigt damit auch die Zuordnung des Items *Hypervigilanz* zu dieser Symptomgruppe. Diese Zuordnung weicht von den Vorgaben des DSM-IV ab, welches Hypervigilanz als Hyperarousalsymptom definiert. Sie deckt sich jedoch mit den Ergebnissen der Interviewstudie.

Betrachtet man die drei Items, die das Bedrohungsgefühl erfassen, so zeigt sich überraschenderweise, dass intrusive Vorstellungen von Übergriffen am häufigsten auftreten. Ein manifestes Gefühl, bedroht und verfolgt zu werden, trat hingegen relativ selten auf: Nur 3,5 Prozent der Gesamtstichprobe berichten, dies sehr häufig erlebt zu haben.

5.3.5 Vulnerabilitätsfaktoren

In der vorliegenden Studie wurden die Zusammenhänge zwischen der Gesamtbelastung einerseits und soziodemografischen und arbeitsbezogenen Faktoren andererseits untersucht.

Während das Alter in keinem signifikanten Zusammenhang mit der Gesamtbelastung stand, fand sich ein signifikanter Mittelwertsunterschied für das Geschlecht. Die Prüfung der Effektstärke zeigt jedoch, dass diese als *klein* zu beurteilen ist. Von einem praktisch bedeutsamen Unterschied ist demnach nicht auszugehen.

Auch die Mittelwertsdifferenz zwischen den Berufsgruppen kann vernachlässigt werden: Zwar zeigt sich ein signifikanter Unterschied, auch hier deutet die kleine Effektstärke jedoch daraufhin, dass auf eine inhaltliche Interpretation verzichtet werden sollte.

Besonders interessant ist die Analyse des Zusammenhangs zwischen der Berufserfahrung und der Gesamtbelastung, da die bisher bestehende empirische Literatur zu widersprüchlichen Ergebnissen kam: In der vorliegenden Studie resultiert eine zwar signifikante, aber sehr schwache Korrelation. Die Überprüfung der praktischen Bedeutsamkeit mittels der Schätzung der Effektstärke weist ebenfalls darauf hin, dass hier nicht von einem bedeutsamen Einfluss gesprochen werden kann.

Ganz anders bei der Exposition: In den bisher vorliegenden empirischen Studien bestand ein schwacher, aber konsistenter signifikanter Zusammenhang zwischen der Exposition zu traumatisierten Klientinnen und der Belastungsschwere. Auch in der vorliegenden Untersuchung erweist sich dieser Zusammenhang als signifikant und die Schätzung der Effektstärke verweist auf einen mittleren Effekt. Überraschenderweise trifft dies jedoch nicht auf das zweite Maß für Exposition zu, in dem die Exposition zu Details des Traumahergangs erfragt wurde. Im Gegensatz zu der vorherigen Studie (Daniels, 2003) besteht in der vorliegenden Stichprobe kein signifikanter Zusammenhang zwischen dieser Form von Exposition und der Belastungsschwere. Dies deutet daraufhin, dass möglicherweise ein vermittelnder Faktor wie die peritraumatische Dissoziation für den

beobachteten Zusammenhang verantwortlich sein könnte. Warum sich dieser Zusammenhang in anderen Studien fand, in der vorliegenden Untersuchung jedoch nicht repliziert werden konnte muss deshalb vorläufig offen bleiben.

5.3.6 Subskala *Peritraumatische Dissoziation*

Die Daten der untersuchten Stichprobe bestätigen die bei der Konstruktion der Skala *Verarbeitung während des Zuhörens* angestrebte Unterteilung in eine Subskala *Peritraumatische Dissoziation* und drei Distraktoritems. Sowohl die Cluster- als auch die Faktorenanalyse legen nahe, die Distraktoritems zu isolieren und so die Subskala zu bilden. Die Subskala *Peritraumatische Dissoziation* weist mit Cronbach's $\alpha = .79$ eine zufriedenstellende interne Konsistenz auf. Auch die Analyse der Itemcharakteristiken spricht dafür, alle sechs Items der Subskala beizubehalten. Als Validitätseinschränkung muss jedoch der geringe Range der Itemschwierigkeiten aufgefasst werden. Dieser ist jedoch darauf zurückzuführen, dass nur ein kleiner Teil der Stichprobe überhaupt häufiger Symptome dissoziativer Verarbeitung erlebt.

5.3.7 Zusammenhänge zwischen Sekundärer Traumatisierung und Dissoziation

Die explorative Analyse des Zusammenhangs zwischen der beschriebenen Belastung und der habituellen Dissoziationsneigung erbringt signifikante Ergebnisse: Die beiden Skalensummenwerte korrelieren recht hoch miteinander. In der Regressionsanalyse sagen die Items der PD-Skala den FST-Summenwert signifikant vorher. Auch der Vergleich hoch und niedrig dissoziativ verarbeitender Therapeutinnen ergibt einen signifikanten Mittelwertsunterschied, dessen große Effektstärke auf eine auch praktisch bedeutsame Differenz hinweist.

Analysiert wurde auch der Zusammenhang zwischen der Dauer der Belastung und den PD-Summenwerten. Hier zeigt sich zwar ein signifikanter Zusammenhang, die Schätzung der Effektstärke sowie die relativ schwache Korrelation deuten jedoch daraufhin, dass nicht von einem praktisch

bedeutsamen Effekt auszugehen ist. Es bleibt zudem anzunehmen, dass die Korrelation nur vermittelt über die hohe Korrelation des PD-Summenwertes mit der Symptomschwere zustande kommt, welche ihrerseits eng mit der Dauer der Belastung korreliert. Eine Prüfung dieser These mittels Partialkorrelationen kann jedoch auf Grund der ordinalen Struktur der Variable *Dauer* nicht vorgenommen werden. Außerdem finden sich in der Stichprobe sowohl Personen, die lange unter einer verhältnismäßig geringen Symptombelastung leiden, als auch Personen, bei denen die Symptome trotz ausgeprägter Schwere innerhalb der ersten vier Wochen zurückgehen. Zusammengefasst deuten diese Ergebnisse darauf hin, dass die peritraumatische Verarbeitung ein wichtiger Auslösefaktor der Sekundären Traumatisierung ist, aber andere Faktoren an der Aufrechterhaltung der Störung beteiligt sein müssen.

Der Zusammenhang zwischen dissoziativer Verarbeitung und Symptombelastung konvergiert gut mit der theoretischen Literatur zur Entwicklung posttraumatischer Stresssymptome (vgl. z.B. mit Briere et al., 2005; Murray, Ehlers, & Mayou, 2002; Ozer et al., 2003; Shalev, Peri, Canetti, & Schreiber, 1996) sowie mit den Ergebnissen der Interviewstudie. Dennoch ist es überraschend, dass ein so allgemeines Maß wie die habituelle Dissoziationsneigung die FST-Summenwerte signifikant vorhersagen kann. Natürlich erhöht die habituelle Dissoziationsneigung die Wahrscheinlichkeit, dass die Therapeutin auch bei der Klientin dissoziativ verarbeitete, deren Trauma in der Folge bei der Therapeutin eine Sekundäre Traumatisierung bedingt. Dennoch wäre es spannend, hier spezifischer die Verarbeitung in genau dieser Expositionssituation zu erheben. Da sich die Entwicklung einer Sekundären Traumatisierung nicht vorhersehen lässt, wird es schwierig sein, je die entsprechende peritraumatische Reaktion der Therapeutin in vivo zu erfassen. Wünschenswert wären deshalb zunächst Studien, die die peritraumatische Dissoziation zeitnah bei akutem Vorliegen einer Sekundären Traumatisierung erheben.

5.3.8 Ätiologiekriterien

Die Analyse der Effektstärken weist daraufhin, dass das Erfüllen der im DSM-IV genannten PTSD-Ätiologiekriterien einen mittleren Effekt bezüglich der Symptombelastung hat. Die Signifikanzprüfungen bestätigen, dass jedes Kriterium alleine in einem signifikanten Zusammenhang mit den Diagnosegruppen steht. Fasst man beide Ätiologiekriterien zusammen, so bestätigt sich, dass jene Personen, die beide Kriterien erfüllen, im Mittel noch belasteter sind als die Personen, die nur ein Kriterium erfüllen. Inhaltlich bedeutet dies, dass sich hier eine Parallele zur Ätiologie der PTSD abzeichnet: Jene Personen, die intensive Emotionen von Angst oder Entsetzen erlebten, oder sich als extrem hilflos empfanden, weisen ein deutlich höheres Risiko auf, posttraumatische Stresssymptome zu entwickeln.

Die Ergebnisse zu der Erfüllung der Ätiologiekriterien durch die Therapeutinnen in dieser Studie weichen jedoch deutlich von jenen Daten ab, die Wilson und Thomas (2004) berichten: In ihrer Stichprobe erfüllten nur 7,0 Prozent der befragten Therapeutinnen diese Kriterien, weshalb die Autorinnen argumentieren, dass sich die therapeutische Situation nicht durch besonders hohe Erregungszustände seitens der Therapeutinnen auszeichnet. Sie folgern, dass deshalb auch nicht von einer Parallelität der Sekundären Traumatisierung mit der PTSD ausgegangen werden kann, wie Figley (1995) sie postuliert.

Die Daten der vorliegenden Untersuchung ziehen diese Schlussfolgerung jedoch in Zweifel: Zum einen erfüllen viele der sekundärtraumatisierten Therapeutinnen die Ätiologiekriterien. Zum anderen weist die Symptomatik der Sekundären Traumatisierung viele Parallelen mit der Symptomatik der PTSD auf. Eine Parallelität der beiden Phänomene ist also nicht von der Hand zu weisen. Dennoch bleibt die Frage offen, warum die Therapeutinnen derart intensive Emotionen und Hilflosigkeit erleben, obwohl die therapeutische Situation sehr begrenzt, kontrollierbar und vorhersehbar ist.

Interessant ist deshalb der Zusammenhang zwischen den Ätiologiekriterien und der peritraumatischen Dissoziation. Tatsächlich bestehen signifikante Unterschiede in der habituellen Dissoziationsneigung zwischen den Gruppen, die hinsichtlich der Erfüllung der Ätiologiekriterien gebildet wurden.

Die Schätzung der Effektstärke verweist zwar nur auf einen mittleren Effekt, bedenkt man jedoch wiederum die Differenz zwischen einer Punktprävalenz bei den Ätiologiekriterien und der allgemeinen Einschätzung einer habituellen Dissoziationsneigung, so ist eher überraschend, dass sich überhaupt ein signifikanter Zusammenhang belegen lässt. Inhaltlich lässt sich auch dieses Ergebnis mit der PTSD-Literatur zur Deckung bringen: Dissoziative Reaktionen werden demnach als Schutzmechanismus verstanden, die in Situationen extremer Angst oder Hilflosigkeit das Selbst vor dem bewussten Erleben dieser Reaktionen schützen (van der Kolk et al., 1996). Typischerweise geht den dissoziativen Reaktionen aber eine bewusste Emotionsverarbeitung voraus, so dass die Ätiologiekriterien von den Betroffenen dennoch erfüllt werden.

Die oben gestellte Frage, ob sich die Entwicklung der Intrusionen tatsächlich auf das erlebte Hyperarousal und die peritraumatische Dissoziation zurückführen lassen könnten, kann somit zumindest vorläufig beantwortet werden: Tatsächlich weisen die Daten daraufhin, dass es einen Zusammenhang zwischen Hyperarousal und Dissoziation einerseits und der Schwere der Symptombelastung andererseits gibt. Dieser Zusammenhang sollte aber anhand einer unabhängigen Stichprobe repliziert werden, da die verwendete Methodik explorativer Natur ist und die vorliegenden Daten den Ergebnissen von Wilson und Thomas (2004) widersprechen.

6 Gesamtdiskussion

Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse der beiden Studien zu einander in Beziehung gesetzt und hinsichtlich ihrer Konvergenzen und Divergenzen untersucht. Dabei werden im Sinne einer Triangulation auch die Schlussfolgerungen beider Studien integriert (s. 6.1). Im Anschluss werde ich versuchen, erste Ansatzpunkte für eine Theorie der Sekundären Traumatisierung zu erarbeiten. Dazu werden erste Thesen zu einer Anbindung, der in dieser Arbeit dargestellten Ergebnisse, an die bestehende Grundlagenforschung entwickelt (s. 6.2).

6.1 Zusammenschau der Ergebnisse beider Studien

Das wichtigste Ergebnis dieser Triangulationsstudie ist sicherlich, dass beide Einzelstudien darauf hinweisen, dass sich die Sekundäre Traumatisierung in Form von typischen posttraumatischen Symptomen manifestiert: Beide Studien zeigen übereinstimmend, dass sowohl solche Symptome auftreten, die als parallel zu den Symptomen einer PTSD beschrieben werden können, als auch solche, die bei primären Traumaopfern komorbid mit der PTSD auftreten. In diese letztgenannte Kategorie fallen Suchtverhalten, depressive Verstimmungen, Suizidgedanken, somatische Symptome und parapsychotisches Bedrohungserleben. Die Symptomatik der Sekundären Traumatisierung, die von den betroffenen Therapeutinnen in den Interviews beschrieben wurde, ist in Ausprägung und Intensität der Symptombelastung primärer Traumaopfer gleichzustellen. Der auf der Grundlage der Interviews konstruierte Fragebogen bestätigt, dass es ein Syndrom *Sekundäre Traumatisierung* gibt, welches sich recht einheitlich aus den durch die Interviewstudie extrahierten Symptomen zusammensetzt: Die Strukturanalysen lassen keine Bildung von Subtypen der Sekundären Traumatisierung oder von Symptomclustern angeraten erscheinen. Die Inzidenz der Sekundären Traumatisierung liegt unter Verwendung der dargelegten Diagnosekriterien in der hier untersuchten Stichprobe von 1124 Personen bei 29,1 Prozent.

Die Symptomkonstellationen, die von den Therapeutinnen in der Interviewstudie berichtet wurden, legen eine Vergleichbarkeit der Sekundären Traumatisierung mit der subklinischen PTSD nahe. Die Angaben zur Inzidenz der subklinischen PTSD schwanken in Abhängigkeit von den Definitionskriterien und den untersuchten Populationen: Blanchard et al. (1996) fanden in einer Stichprobe von Verkehrsunfallopfern eine Inzidenz von 28,5 Prozent, Carlier und Gersons (1995) berichten eine Inzidenz von 20 Prozent. Weiss et al. (1992) fanden bei 22 Prozent der befragten Vietnamveteranen subklinische PTSD. Schützwohl und Maercker (1999) fanden bei ehemaligen politischen Gefangenen eine Prävalenz der subklinischen PTSD von 29 Prozent und befürworteten die Einführung einer entsprechenden Diagnose. In der Interviewstudie könnten 10 von 21 Befragten dieser Diagnose zugeordnet werden, nur handelt es sich eben um eine sekundäre, also vermittelte Traumaexposition. (Dies entspräche einer Inzidenz von 47,6 Prozent, wobei in der Interviewstudie gezielt nur solche Personen befragt wurden, die eine Phase deutlicher sekundärer Belastung erlebt hatten.) In der Fragebogenstudie wurde auf einen Vergleich mit dieser Diagnose verzichtet, da hier eine Unterteilung nach Symptomclustern und damit auch eine clusterbezogene Auswertung nicht angezeigt sind. Die Inzidenz der Sekundären Traumatisierung von knapp 30 Prozent liegt jedoch in einem ähnlichen Bereich wie die von den oben genannten Studien berichteten Auftretenshäufigkeiten. Wessa et al. (2005) konnten zeigen, dass auch die subklinische PTSD mit typischen Veränderungen einhergeht: In ihrer EEG-Studie zeigten Patientinnen mit subklinischer PTSD gesteigerte emotionale Reaktionen auf traumaassoziierte Stimuli sowie reduzierte kognitive Reaktionen auf andere Stimuli im Vergleich zu einer Kontrollgruppe aus traumatisierten Personen ohne PTSD. Dieses Muster steht laut den Autorinnen mit der Lösungsresistenz der emotionalen Traumaerinnerungen in Zusammenhang.

Die Studien geben zudem Anlass zu vermuten, dass auch die Ätiologie der Sekundären Traumatisierung Parallelen zu der Entstehung der PTSD aufweist: Die betroffenen Therapeutinnen berichteten zum Teil von dissoziativen Zuständen während der Exposition. Die quantitative Studie

belegt einen Zusammenhang zwischen der habituellen Dissoziationsneigung und der Symptombelastung. Da die peritraumatische Dissoziation den varianzstärksten Prädiktor der PTSD darstellt (Ozer et al., 2003), muss hier von einer vergleichbaren Verursachung ausgegangen werden. Dieses Ergebnis ist aus zweierlei Gründen überraschend: Zum einen lassen die Charakteristika der therapeutischen Situation (Vorhersehbarkeit, Kontrolle, Fachwissen und Interventionsstrategien auf Seiten der Therapeutin sowie räumlicher und zumeist auch zeitlicher Abstand zum Traumaschehen) nicht vermuten, dass diese zu einer dissoziativen Verarbeitung führen könnten. Zum anderen wies die erste empirische Erhebung der Ätiologiekriterien nach DSM-IV darauf hin, dass diese bei den betroffenen Therapeutinnen nicht erfüllt sind (Wilson & Thomas, 2004). Die in dieser Arbeit vorgestellte quantitative Fragebogenstudie widerspricht jedoch diesen Ergebnissen: Hier erfüllt die Mehrheit der Befragten zumindest eines der beiden Ätiologiekriterien. Die Erfüllung der Ätiologiekriterien steht zudem mit der habituellen Dissoziationsneigung und der Symptombelastung in einem signifikanten Zusammenhang.

Konvergenzen gibt es zwischen den beiden dargestellten Studien auch bezüglich der Belastungsdauer: Es zeigt sich, dass sich die Sekundäre Traumatisierung sowohl als akute als auch als chronische Belastung manifestieren kann. Orientiert man sich an den in der quantitativen Studie entwickelten Diagnosekriterien, so finden sich zwischen den Diagnosegruppen deutliche Unterschiede hinsichtlich der Dauer der Belastungsphase. Während die Belastungsphase bei den *nicht-sekundärtraumatisierten* Personen überwiegend nur bis zu vier Wochen andauerte, berichtet die Mehrheit der Personen, die als *sekundärtraumatisiert* diagnostiziert wurden, von einer länger andauernden Symptombelastung: Hier nahm die Symptombelastung bei der Mehrheit innerhalb der ersten zwölf Wochen deutlich ab. Bedenklich stimmt jedoch, dass mehr als ein Zehntel der Befragten von einer fortdauernden Symptombelastung berichtet.

Der Interviewleitfaden wurde im Laufe der Interviewstudie um Fragen erweitert, die die Symptomkategorie *Entgrenzung* abdeckten. Die Analyse der diesbezüglichen Antworten ergibt, dass Entgrenzungssymptome in einer leichten Ausprägung die Anfangssymptome der Sekundären Traumatisierung darstellen könnten. Die Angaben von Therapeutinnen und Supervisorinnen konvergieren gut: Beide Gruppen berichteten von unterschiedlichen Ausformungen der Entgrenzungssymptomatik, die nicht als Risikofaktor, sondern als Symptom der Sekundären Traumatisierung aufgefasst wurde. Auch in der quantitativen Studie deuten die niedrigen Schwierigkeiten und Trennschärfen jener Items, die Grübelneigung und Gedankenintrusionen erheben, darauf hin, dass Entgrenzung eines der Anfangssymptome darstellt und insgesamt eine übermäßige kognitive Beschäftigung auf Schwierigkeiten mit der Integration des Traumas verweist.

Beide Studien legen also nahe, dass es eine recht einheitliche Anfangssymptomatik gibt, die auch Personen aufweisen, die nach den dargelegten Kriterien nicht als *sekundärtraumatisiert* diagnostiziert würden: So scheint Entgrenzung in Form von übermäßigem Grübeln (über das Trauma, die Klientin oder die Therapie) oder Beschäftigung mit Fachliteratur (über das übliche Maß hinaus) recht häufig aufzutreten, ohne dass sich in der Folge eine voll ausgeprägte Sekundäre Traumatisierung manifestiert. Dasselbe trifft auf Gedankenintrusionen und psychische Belastung als Reaktion auf Hinweisreize zu. Andererseits scheint die Aufweichung der Grenzen des therapeutischen Settings eine Form von Entgrenzung darzustellen, die mit starken Intrusionen und parapsychotischem Bedrohungserleben einhergeht.

Die Studien konvergieren ebenfalls hinsichtlich der Intrusionssymptomatik. Die von den Interviewpartnerinnen beschriebenen Intrusionen sind charakterisiert durch Eindrücklichkeit, Unkontrollierbarkeit und (teilweise) Fragmentierung. Die Fragebogenstudie zeigt, dass Alpträume (insbesondere solche, in denen sich die Therapeutin in der Rolle des Traumaopfers befindet) gute Indikatoren einer Sekundären Traumatisierung sind. In den Interviews wurden alle Formen von Intrusion benannt. Anders verhält es sich mit den Symptomen des Clusters *Vermeidung*: In beiden Studien wird die

bewusste Vermeidung externaler Hinweisreize verhältnismäßig selten genannt. Dem stehen jene Vermeidungssymptome gegenüber, die auf eine Abflachung der Reagibilität zurückgehen und die relativ häufig auftreten.

In den Interviews wurden mit somatischen Symptomen und Teamkonflikten Symptome beschrieben, die vom DSM-IV nicht abgedeckt werden, aber dem Cluster *Hyperarousal* zugeordnet werden konnten. Diese wurden als Items in den Fragebogen aufgenommen und erwiesen sich als ähnlich häufig wie die klassischen Hyperarousalsymptome.

Die Analyse der Fragebögen konnte zudem klären, in welcher Beziehung depressive Verstimmung und Suizidgedanken zueinander stehen: Die Clusteranalyse zeigt, dass das Item *depressive Verstimmung* früh als eigenständiges Cluster extrahiert wird. Es verschmilzt auch bei weiteren Extraktionen nicht mit dem Item *Suizidgedanken*. Von einer Verursachung der Suizidgedanken durch die depressive Verstimmung ist also nicht auszugehen. Vielmehr liegt es nahe, die Suizidgedanken als einen Ausdruck der großen Entfremdung, und somit eher als Vermeidungssymptom zu interpretieren.

Eine Divergenz ist in Bezug auf das Suchtverhalten festzustellen. Zwar beschrieben einige Therapeutinnen in den Interviews einen veränderten Umgang mit Suchtmitteln. Dieser war jedoch nicht so häufig, wie von den Supervisorinnen beschrieben. Die Daten der Fragebogenstudie zeigen, dass auch bei einer anonymisierten Erhebung nur wenige Personen von deutlich verändertem Suchtverhalten berichteten. Den Aussagen der Supervisorinnen ist somit nur bezüglich der Intentionalität des Suchtverhaltens, nicht jedoch dessen Auftretenshäufigkeit zuzustimmen: Die betroffenen Therapeutinnen gaben an, Suchtmittel bewusst zur Reduktion des Hyperarousals eingesetzt zu haben, wie dies auch von primären Traumaopfern mit einer Suchterkrankung beschrieben wird.

Die wesentlichste Erweiterung, die diese Triangulationsstudie im Vergleich zu früheren Studien aufweist, ist die Erhebung des parapsychotischen Bedrohungserlebens. Hier konvergieren die Aussagen von betroffenen Therapeutinnen und Supervisorinnen sowie die Daten der quantitativen

Studie gut: Bedrohungsgefühle und Sicherheitsverhalten werden überraschend häufig beschrieben und stellen einen integralen Bestandteil der Sekundären Traumatisierung dar. Die quantitative Studie zeigt, dass dabei das Gefühl, verfolgt zu werden, deutlich seltener auftritt als intrusive Vorstellungen von Übergriffen. An dieser Stelle muss offen bleiben, ob nur bestimmte Traumata seitens der Klientin bei der Therapeutin diese Symptome hervorrufen: Die Interviewstudie führte zu der Hypothese, dass möglicherweise nur Traumata, die von Täternetzwerken intentional verursacht werden (wie politisch motivierte Folter oder Rituellicher Missbrauch) zu dieser Symptomatik führen.

Hinsichtlich der Risiko- und Schutzfaktoren ist allgemein festzustellen, dass demografische und arbeitsbezogene Faktoren weitgehend vernachlässigt werden können: Alter, Geschlecht, Berufsgruppe und Berufserfahrung scheinen keine praktisch bedeutsamen Risiko- oder Schutzfaktoren darzustellen. Anders sieht es jedoch mit der Exposition aus: Die quantitative Studie repliziert den positiven Zusammenhang zwischen Exposition zu traumatisierten Klientinnen und Symptombelastung, der in den bisher veröffentlichten Studien einheitlich belegt werden konnte. Dieses Ergebnis ist jedoch wenig überraschend, ist doch anzunehmen, dass der Kontakt mit traumatisierten Personen die Voraussetzung für eine *Übertragung* der Symptomatik auf die Behandelnden ist. Es bleibt jedoch offen, ob tatsächlich eine kumulative Wirkung anzunehmen ist, wie es von Pearlman und Saakvitne (1995) postuliert wurde, oder ob der vermehrte Kontakt mit traumatisierten Klientinnen nur die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass es zu einer *Übertragung* der Belastung kommt. Die betroffenen Therapeutinnen gaben an, dass die wahrgenommene Ähnlichkeit mit der Klientin oder Aspekten des Traumas die Distanzierung erschwerte. Der in beiden Studien belegte Zusammenhang von peritraumatischer Dissoziation und Symptomschwere könnte hier der vermittelnde Faktor sein: Wenn eine Therapeutin häufiger mit traumatisierten Klientinnen arbeitet, steigt das Risiko auf eine Klientin zu treffen, bei der die emotionale Distanzierung schwerfällt und die Therapeutin während der Exposition dissoziiert.

Von Schlussfolgerungen hinsichtlich der Zusammensetzung der Klientel muss hier also noch abgesehen werden, obwohl die Steuerung der Klientel von den Supervisorinnen als wesentlicher präventiver Faktor benannt wurde. Diese Vorsicht scheint auch deshalb angeraten, weil ein zweites Maß für Exposition, nämlich die Exposition zu Traumadetails, nicht signifikant mit der Symptombelastung korreliert. Dies widerspricht dem Ergebnis einer früheren Studie, bei der ausschließlich Therapeutinnen untersucht wurden, die ein strukturiertes Expositionsverfahren benutzten (Daniels, 2003): Hier fand sich ein bedeutsamer Zusammenhang zwischen Exposition zu Traumadetails und Symptombelastung. Auch die These der Supervisorinnen, dass nur die unstrukturierte Exposition ohne Rückgriff auf externalisierende Therapietechniken zu einer Belastung führe, muss deshalb in Zweifel gezogen werden. Dass in der vorliegenden Studie die Exposition zu Traumadetails nicht mit der Symptombelastung korreliert, deutet ebenfalls daraufhin, dass das therapeutische Vorgehen während der Exposition nicht der ausschlaggebende Risikofaktor sein kann: Es ist davon auszugehen, dass in dieser retrospektiven Studie in vielen Fällen die Sekundäre Traumatisierung auf Expositionen zurückgeht, die nicht externalisiert stattfanden²³. In dieselbe Richtung weisen auch jene Aussagen von betroffenen Therapeutinnen, bei denen sich eine starke Sekundäre Traumatisierung entwickelte, obwohl die Klientinnen den Traumahergang nur andeuteten. Der Einfluss detaillierter Schilderungen der Klientin auf die Entwicklung einer Sekundären Traumatisierung seitens der Therapeutin kann also nicht abschließend bewertet werden. Hier sind zusätzliche Studien, die auch das therapeutische Vorgehen in der auslösenden Situation erfassen, wünschenswert.

Als weiterer Risikofaktor wurde die Vortraumatisierung der Therapeutinnen diskutiert. Die quantitative Studie zeigt, dass die Reaktualisierung einer Vortraumatisierung ein Symptom der Sekundären Traumatisierung darstellt. Dieses geht im Mittel mit einer hohen Gesamtbelastung einher: Personen,

²³ Dies ist anzunehmen, da sich die externalisierenden Therapietechniken erst in den letzten Jahren als Standardverfahren etabliert haben.

bei denen eine Vortraumatisierung reaktualisiert wurde, reagierten häufig mit einer ausgeprägten sekundären Belastung. Dieses trat jedoch in der Stichprobe nur recht selten auf. Gleichzeitig finden sich auch Personen mit einer vergleichbar ausgeprägten sekundären Belastung, die nicht über eine Reaktualisierung einer Vortraumatisierung berichteten. Ob also eine Vortraumatisierung an sich einen wesentlichen Risikofaktor darstellt, muss in Frage gestellt werden. Die Ergebnisse der Interviewstudie deuten jedoch auf eine Moderation durch die peritraumatische Dissoziation hin: Während manche Therapeutinnen die Vortraumatisierung als Risikofaktor für die peritraumatische Dissoziation beschrieben, gaben andere an, die gezielte Steuerung der Dissoziation auf Grund der eigenen traumatischen Erfahrungen erlernt zu haben. Diese beschrieben sie als hilfreiches Instrument zur emotionalen Distanzierung.

Auch die Supervisorinnen gaben an, dass nicht die Dissoziation an sich, sondern deren intentionale Herbeiführung und Kontrolle die ausschlaggebenden Variablen sind: Eine gezielt angesteuerte Dissoziation, die ebenfalls kontrolliert beendet werden kann, wurde dabei sogar als notwendiger Schutzfaktor beschrieben, während das unkontrollierte Abdriften in eine Dissoziation als Risikofaktor aufgefasst wurde. Diese Differenzierung könnte die möglicherweise uneinheitlichen empirischen Ergebnisse bezüglich des Zusammenhangs zwischen einer Vortraumatisierung und der Entwicklung einer Sekundären Traumatisierung in den bisher publizierten Studien erklären.

Die Aussagekraft der dargelegten Triangulationsstudie ist durch die retrospektive Datenerhebung in beiden Studien eingeschränkt. Insbesondere die Angaben zur peritraumatischen Verarbeitung können nicht ohne weiteres als valide angesehen werden. Da nicht vorhersehbar ist, welche Person nach welchem Erlebnis posttraumatische Symptome entwickelt, ist dies eine für die Traumaforschung übliche Validitätseinschränkung. Es wäre jedoch wünschenswert, in kommenden Studien insbesondere die peritraumatische Verarbeitung zeitnah zu erfassen. Dieses Anliegen war jedoch mit der Durchführung einer epidemiologischen Studie, die die Inzidenz der Sekundären Traumatisierung abschätzen sollte, nicht vereinbar. Aus diesem

Grund wurde auf die retrospektive Erhebung der peritraumatischen Verarbeitung in der auslösenden Expositionssituation verzichtet. Stattdessen wurde ein Maß für die Erfassung der habituellen Dissoziationsneigung entwickelt. Dies erlaubt erste Rückschlüsse auf den Zusammenhang zwischen Symptombelastung und dissoziativer Verarbeitung. Diese sollten jedoch anhand einer akut belasteten Stichprobe überprüft werden.

Eine weitere Einschränkung der Validität der quantitativen Studie geht auf die fehlenden Angaben zum Rücklauf zurück. Zwar scheint die ermittelte Inzidenz mit den Schätzungen auf der Basis anderer Studien oder des klinischen Eindrucks der Supervisorinnen übereinzustimmen. Da sich jedoch sowohl Argumente für eine Unter- als auch eine Überschätzung finden lassen, wäre auch hier eine weitere empirische Überprüfung wünschenswert.

An zwei Stellen deutet sich an, dass die Items nicht differenziert genug formuliert waren: So bleibt unklar, warum so viele Therapeutinnen die PTSD-Ätiologiekriterien erfüllten. Die Angaben, intensive Emotionen von Angst und Entsetzen oder Hilflosigkeit erlebt zu haben, sind interpretationsbedürftig. Fühlen sich die Therapeutinnen hilflos, weil sie als hilflose Zeugin aushalten müssen, dass der Klientin in der Vergangenheit etwas Schreckliches passiert ist? Oder fühlen sie sich hilflos, weil sie unsicher sind, wie sie therapeutisch vorgehen sollen? Oder fühlen sie sich hilflos, weil sie von eigenen starken Emotionen überwältigt werden? Und wenn sie starke Emotionen von Angst und Entsetzen erleben - beziehen diese sich dann auf die eigene Sicherheit? Oder auf Phantasien, was der Therapeutin selbst angetan werden könnte? Oder handelt es sich hier um übertragene Emotionen im Sinne einer *emotional contagion*? Oder um bewusst empathisch nachempfundene Emotionen? Diese Fragen bleiben offen und sollten in folgenden Studien eingehender untersucht werden.

Die zweite Unklarheit betrifft das Item *Gedankenintrusionen*. Zwar wurde eine Abgrenzung von reinem Grübeln durch das vorgeschaltete Item zur Grübelneigung gewährleistet, offen bleibt jedoch, ob es sich bei den beschriebenen Gedankenintrusionen um Erinnerungsintrusionen handelte,

oder ob hier beispielsweise auch Intrusionen von posttraumatischen Kognitionen genannt wurden.

In den folgenden Studien sollten vor allem Hypothesen zu der neu entwickelten Symptomkategorie *Parapsychotisches Bedrohungserleben* überprüft werden. So ist unklar, wer ein Risiko trägt, diese Symptome zu entwickeln. Besteht ein inhaltlicher Zusammenhang mit der behandelten Klientel, wie die Interviewstudie vermuten ließe? Und tritt dieses Symptom direkt auf, oder kommt es erst bei anhaltender Intrusions- und Hyperarousalsymptomatik zur Ausbildung dieser sicherlich besonders belastenden Symptome?

Auch bezüglich des Zusammenhangs von peritraumatischer Dissoziation und Intrusionsentstehung besteht weiterhin Forschungsbedarf (s.u.). Zudem wäre es spannend, Unterschiede in der Empathiefähigkeit zu erfassen (s.u.) und in einer folgenden Analogstudie zu überprüfen, ob sich ein Einfluss auf die Entstehung der Sekundären Traumatisierung belegen lässt, wie die zitierten Theorieansätze postulieren.

6.2 Hypothesen zur theoretischen Verortung

Im Folgenden sollen Thesen zu einer möglichen Anbindung der empirischen Ergebnisse an die bestehende Grundlagenforschung entwickelt werden. Da diese Thesen über die Aussagefähigkeit der in dieser Studie berichteten Daten weit hinausreichen, müssen sie notwendigerweise vorläufig bleiben. Es sollen dennoch erste Thesen entwickelt werden, die die Grundlage einer Theorie der Sekundären Traumatisierung darstellen könnten. Dazu werden im Folgenden empirische Studien zu den Forschungsbereichen *Empathie*, *Kindling* und *Dissoziation* verkürzt beschrieben und deren heuristischer Beitrag zur Entwicklung einer Theorie der Sekundären Traumatisierung erläutert.

6.2.1 Empathie als notwendige Bedingung?

Die Theorien zur *vicarious traumatization* (Pearlman & Saakvitne, 1995), zur *compassion fatigue* (Figley, 1995) und zu den *traumatoid states* (Wilson & Thomas, 2004), die in der Einleitung beschrieben wurden, gehen einheitlich davon aus, dass eine *empathische Verbindung* mit der Klientin die Grundvoraussetzung für die Entwicklung einer Sekundären Traumatisierung seitens der Therapeutin ist. Keine dieser Theorien expliziert jedoch genauer, was unter einer *empathischen Verbindung* zu verstehen ist.

6.2.1.1 Begriffsbestimmung

Beschäftigt man sich mit der wissenschaftlichen Literatur zu *Empathie*, so trifft man - abhängig von der befragten Disziplin - auf eine Vielzahl unterschiedlicher Begriffe und Konzepte. Neben der Fähigkeit, sich die mentalen Perspektiven anderer Menschen *kognitiv* zu erschließen (Perspektivenübernahme), beschreibt dieser Begriff auch die Fähigkeit, sich in die emotionale Verfassung des Gegenübers *hineinzuversetzen* (affektive Emotionsübernahme), sowie adäquat auf diese zu reagieren (z.B. Hilfeverhalten). Es gibt unzählige verschiedene Definitionen von Empathie (vgl. z.B. Levenson & Ruef, 1992; Steins, 1998), die jeweils empirisch belegt

sind, aber nicht vollständig konvergieren. Relativ gesichert scheint, dass Empathie häufig mit dem Ausmaß der wahrgenommenen Familiarität (z. B. Cialdini, Brown, Lewis, Luce, & Neuberg, 1997), Ähnlichkeit (z. B. Gruen & Mendelsohn, 1986) und Salienz (z. B. Eisenberg et al., 1994) des Objektes zunimmt.

In der Sozialpsychologie werden die beiden Konstrukte *Perspektivenübernahme* und *Empathie* zum Teil als synonym angesehen oder aber als hoch korreliert. Steins und Wicklund präsentierten ein Modell, welches versucht, Empathie und Perspektivenübernahme miteinander in Beziehung zu setzen (für eine Zusammenfassung s. Steins, 1998). Sie plädieren dafür, Empathie nicht als festes Persönlichkeitsmerkmal zu betrachten, sondern als eine Verhaltensweise, die situationsgebunden ist und durch die Faktoren *Aufforderungscharakter* und *Konflikt* moderiert wird: Demzufolge entscheidet der Aufforderungscharakter des Objektes als motivationale Komponente darüber, ob die Wahrnehmung dieser Person als wichtig erachtet wird – er wird determiniert durch die Erwartung zukünftigen Kontaktes, die Wichtigkeit des Objektes und äußere Auffälligkeiten. Ein Konflikt kann aber dieser Motivation entgegenstehen, denn er „verhindert eine Offenheit für die Facetten der Perspektive der anderen Person und kann in einer Vermeidung dieser Person oder aber in einem starken Kontrollbedürfnis resultieren“ (S. 121). Die von Steins (1998) in einer Metaanalyse von vier Studien errechneten Korrelationen scheinen dieses Modell zu stützen: Über alle Bedingungen hinweg besteht zwischen Perspektivenübernahme und Empathie kein korrelativer Zusammenhang. Betrachtet man jedoch nur die Bedingungen *niedriger Konflikt bei hohem Aufforderungscharakter* und *hoher Konflikt bei niedrigem Aufforderungscharakter* so ergeben sich positive Korrelationen. Die Kombination von *hohem Konflikt bei hohem Aufforderungscharakter* jedoch ergibt eine signifikant negative Korrelation. Dieses Ergebnis könnte laut Steins jedoch auf die Verfälschbarkeit der für die Erfassung der Empathie verwendeten Selbstberichtinstrumente zurückgehen. In ihrer Metaanalyse kommt Steins zu dem Schluss, dass die beiden Konstrukte voneinander separierbar sind und nicht grundsätzlich miteinander korrelieren. Auf Grund

der starken Vermischung mit sozialer Erwünschtheit sollte Empathie jedoch nicht mittels Selbstbeschreibungsmaßen erhoben werden.

In der Beschreibung der affektiven Emotionsübernahme werden in der Literatur wiederum zwei Begriffe gegeneinander abgegrenzt: *Emotional contagion* und *Empathie*. *Emotional contagion* meint dabei eine *Ansteckung* mit den Emotionen des Gegenübers, wobei der Zustand des Subjektes direkt aus der Wahrnehmung des Zustandes des Objektes resultiert. Durch diesen Prozess befinden sich Subjekt und Objekt kurzfristig im selben Zustand und die bewusste Unterscheidung zwischen dem Selbst und dem Anderen entfällt. Ein kognitives Verständnis der Reaktionen des Objekts ist für die *emotional contagion* jedoch keine Voraussetzung. Aus sozialpsychologischen Experimenten ist bekannt, dass diese Art der emotionalen Ansteckung seltener zu Hilfeleistungen führt. *Empathie* hingegen resultiert aus der gerichteten Wahrnehmung des Zustandes des Objektes und führt lediglich auf der Repräsentationsebene zu einem ähnlichen Zustand im Subjekt. Die bewusste Unterscheidung zwischen Selbst und Anderen bleibt somit erhalten (für eine Zusammenfassung und Diskussion siehe Preston & de Waal, 2002).

Für die Theoriebildung bezüglich der Sekundären Traumatisierung erscheinen beide Konstrukte hilfreich und sollen deswegen im Folgenden etwas eingehender dargestellt werden. *Emotional contagion* wird von Hatfield, Cacioppo und Rapson (1994) umschrieben als eine Gruppe multipel determinierter sozialer, psychophysiologischer und behavioraler Phänomene. Sie argumentieren, dass eine rein kognitive Beschäftigung die Übertragung emotionaler Zustände nicht erklären kann. Auch die These einer konditionierten Reaktion schließen die Autoren aus und fokussieren stattdessen auf Ätiologiemodelle, die Mimikrie als basale Variable annehmen.

Ist die Mimikrie nun aber ein bewusster oder unbewusster Vorgang? Hatfield und Kolleginnen argumentieren mit Condon und Ogston (1966), dass diese Reaktion zu schnell ablaufe, als dass sie bewusst herbeigeführt sein könnte: Condon und Ogston fanden in ihren Experimenten Reaktionszeiten von

durchschnittlich 21 Millisekunden. Sie vermuteten deshalb, dass eine sehr basale Hirnstruktur diese Reaktionen initiieren müsste und dass deshalb eine bewusste Mimikrie nicht zu einer entsprechenden Reaktion führen würde. Dies entspricht den Ergebnissen von Davis (1985, zitiert nach Hatfield et al. 1994), der zeigen konnte, dass eine bewusst initiierte *Darstellung* von Empathie nicht zu einem Rapport beim Gegenüber führt: Er untersuchte junge Therapeutinnen, die instruiert waren, ihre Empathie durch körperliche Hinwendung, periodisches Nicken und nonverbale Lautäußerungen zu vermitteln. Die Klientinnen fühlten sich in dieser Bedingung durchschnittlich weniger emotional verstanden. Auch kann mittlerweile die Beobachtung als gesichert gelten, dass es zu einer motorischen Mimikrie sogar dann kommt, wenn emotionale Gesichtsausdrücke unterhalb der Wahrnehmungsschwelle dargeboten werden und nicht zu einer bewussten Erkennung führen. (z.B. Dimberg, Thunberg, & Elmehed, 2000).

Hatfield und Kolleginnen diskutieren experimentelle Ergebnisse zu drei Ätiologiehypothesen: So könnte (1) die emotionale Ansteckung direkt über die ZNS-Aktivität vermittelt sein, die einer facialis und posturalen Mimikrie zugrunde liegt oder aber (2) über das afferente Feedback dieser motorischen Prozesse. Die bewusste Wahrnehmung (3) dieser Prozesse könnte bei dem Subjekt wiederum zu Inferenzen über den eigenen emotionalen Zustand führen und so das emotionale Erleben bewirken. Mittlerweile scheint gesichert, dass sich Effekte emotionaler Ansteckung auch im Tierreich beobachten lassen. Während sich die meisten Studien dazu auf Experimente mit Affen und Hunden beziehen, konnte jüngst auch bei Mäusen eine emotionale Ansteckung induziert werden (für eine Zusammenfassung s. G. Miller, 2006).

Bereits aus den 1950er Jahren stammen Experimente, die *emotional contagion* als die psychophysiologischen Reaktionen von Therapeutinnen auf ihre Klientinnen erfassten. DiMascio, Boyd und Greenblatt (zitiert nach Hatfield et al., 1994) konnten 1957 zeigen, dass die Herzraten von Therapeutinnen und Klientinnen zumeist kovariierten, d.h. sich eine Erhöhung der Herzrate auf Seiten der Klientin fast immer in einer ähnlichen Erhöhung bei der Therapeutin spiegelte. Levenson und Ruef (1992) griffen

diese Ergebnisse auf und konnten anhand einer Experimentalreihe zeigen, dass die physiologischen Daten die Akkuratheit der empathischen Reaktion vorhersagen können. Ihre Daten belegen, dass sich Menschen in ihrer Empathiefähigkeit deutlich unterscheiden und diejenigen eine besonders genaue Einschätzung des emotionalen Zustandes der beobachteten Person abgeben konnten, deren Herzrate und Hautleitfähigkeit sich der der beobachteten Person in besonderem Maße ähneln. Hsee, Hatfield und Chemtob (1991) untersuchten, wie Therapeutinnen bei inkongruentem Verhalten der Klientin reagieren. Sie verglichen die Einschätzung des emotionalen Zustandes der Klientin durch die Therapeutin mit der emotionalen Reaktion der Therapeutin selbst und konnten zeigen, dass diese durch unterschiedliche Informationen determiniert wurden. So folgten die Therapeutinnen bei der Einschätzung der emotionalen Lage der Klientin weitgehend deren Selbstbericht und ließen sich durch die diametral entgegengesetzten nonverbalen Informationen nur wenig leiten. Ihre eigene Stimmung jedoch wurde wesentlich durch diese nonverbalen Emotionsausdrücke beeinflusst. Uchino, Hatfield, Carlson und Chemtob (1991, zitiert nach Hatfield et al. 1994) untersuchten, ob die emotionale Reaktion der Therapeutinnen eher durch die Erwartungshaltung bezüglich der emotionalen Verfassung der Klientin beeinflusst wird oder aber durch die tatsächlich ausgedrückte Emotion. Sie fanden keine Evidenz für eine Beeinflussung der emotionalen Ansteckung durch die Erwartungshaltung. Chartrand und Bargh (1999) beschrieben eine direkte Korrelation von automatischer Mimikrie und Empathie: Je mehr eine Person dazu neigte, ihr Gegenüber während eines Gespräches zu imitieren, desto empathischer und um den emotionalen Zustand des Gegenübers besorgter war sie.

In den Neurowissenschaften wird *Empathie* oft von *Theory of Mind* abgegrenzt:

Theory of Mind (kurz: ToM) meint die Fähigkeit die mentalen Zustände Anderer (Überzeugungen, Wünsche, Intentionen) zu verstehen und einzuschätzen, inwieweit diese sich von den eigenen unterscheiden. Diese Definition umfasst auch das, was in der Entwicklungs- und Sozialpsychologie als Perspektivenübernahme behandelt wird. Laut Steins (1998) beschreiben

fast alle Definitionen Perspektivenübernahme als einen kognitiven Prozess, der „auf die Perspektive anderer Personen gerichtet ist, d.h. auf Aspekte der wahrgenommenen Person, die objektiv wahrnehmbar sind und durch Kombinationen zu bestimmten Inferenzen über die wahrgenommene Person führen können“ (S. 118). Diskutierte neuronale Korrelate sind vor allem der frontale Bereich des linken Temporallappens, der linke superiore temporale Sulcus, der anteriore paracinguläre Cortex, der ventromediale Cortex und der rechte orbitofrontale Cortex (für einen Überblick s. Gallagher & Frith, 2003; Rankin, Kramer, & Miller, 2005).

In der Diskussion um die neuronalen Grundlagen der Empathie stehen sich zudem zwei Theorietraditionen gegenüber: die *Simulations-Theorie* und die *Theorie-Theorie*. Die Theorie-Theorie geht davon aus, dass das Subjekt den Zustand des Objektes versteht, in dem es eine kognitive Theorie dazu bildet. Als an dieser Funktion beteiligt werden vor allem der mediale frontale Cortex, der superiore temporale Sulcus und der Temporallappen diskutiert (vgl. Preston & de Waal, 2002). Die Simulationstheorie hingegen basiert auf der Annahme, dass der Mensch in der Lage ist, die Ressourcen für das eigene Verhalten zu benutzen, um das Verhalten anderer innerlich zu simulieren. Dies ermöglichte sowohl die Perspektivenübernahme als auch das emotionale Nachempfinden. Die Simulationstheorie stützt sich weitgehend auf Studien, die die Funktionsweise von *Spiegelneuronen* (s.u.) untersuchen.

6.2.1.2 Neuronale Korrelate von Empathie und Theory of Mind

Seit einigen Jahren wird versucht, die neuronalen Korrelate von Empathie und ToM mit Hilfe bildgebender Verfahren zu differenzieren. Ruby und Decety (2004) beschreiben ToM nicht als eigenständigen Mechanismus, sondern als eine Interaktionsleistung verschiedener großer Komponenten, wie z.B. den Repräsentationen für das Selbst und den Anderen, exekutiver Hemmung und *agency*, also der Wahrnehmung der Urheberschaft von Bewegungen und Handlungen. Jede dieser Komponenten ist repräsentiert in abgrenzbaren, aber interagierenden neuronalen Netzwerken. Siegal und Varley (2002) vermuten, dass es ein domänen-unspezifisches ToM-

Hauptsystem gibt, welches in den Amygdala-Schaltkreisen in den medialen Temporallappen angesiedelt ist und ergänzt wird durch unterstützende Systeme wie Sprache und exekutive Funktionen. Dem widersprechen Völlm et al. (2006): Sie konnten in einer fMRI-Studie zeigen, dass nonverbale ToM-Aufgaben zu einer verstärkten Aktivierung im lateralen orbitofrontalen Cortex, im Cuneus, im superioren temporalen Gyrus und im mediofrontalen Gyrus führen. Nonverbale Empathie-Aufgaben hingegen zeigen eine verstärkte Aktivität im anterioren und posterioren Gyrus cinguli sowie in der Amygdala. Völlm et al. gehen davon aus, dass ToM und Empathie auf überlappende, aber distinkte neuronale Netzwerke zurückgehen: Beide teilen jene Netzwerke, die es erlauben, Rückschlüsse auf die mentalen Zustände eines Anderen zu ziehen, aber für Empathie ist darüber hinaus auch die Aktivierung der emotionsverarbeitenden Netzwerke erforderlich. Zu einer ähnlichen Einschätzung kommen auch Ruby und Decety (2004, s.u.).

Ein integrierendes Theoriemodell wurde von Rankin, Kramer und Miller (2005) vorgestellt: Sie benutzen *Empathie* als Oberbegriff eines Konstruktes, dass sowohl kognitive Komponenten (u.a. ToM) als auch affektive Komponenten vereint. Sie betrachten Aufmerksamkeitssteuerung, Arbeitsgedächtnis, ToM, abstraktes Schlussfolgern sowie kognitive Flexibilität als die notwendigen kognitiven Voraussetzungen der Empathie. Die affektiven Komponenten umfassen die Entschlüsselung emotionaler Informationen (z.B. Gesichtsausdrücke, Prosodie, Bewegungen), die emotionale Reagibilität des Subjektes, die Fähigkeit, die eigenen empathischen emotionalen Reaktionen zu reflektieren sowie diese zum Ausdruck zu bringen. Sie testeten ihr Modell anhand eines Vergleiches von Patientinnen mit frontotemporaler Demenz (n = 18), semantischer Demenz (n = 19), Alzheimer (n = 16) und gesunden Kontrollen (n = 10). Sie fanden in den beiden ersten Demenzgruppen niedrigere Empathiewerte als bei den Alzheimer-Patientinnen oder den gesunden Kontrollen. Während die Patientinnen mit semantischer Demenz sowohl Beeinträchtigungen der affektiven als auch der kognitiven Komponenten aufwiesen, fanden sich bei den Patientinnen mit frontotemporaler Demenz lediglich Defizite im Bereich der kognitiven Aspekte. Die Autorinnen schließen daraus, dass die kognitiven

Aspekte der Empathie zumindest teilweise auf frontale Strukturen zurückführbar sind, die affektiven Aspekte aber durch Strukturen im Temporallappen repräsentiert werden.

Für die Hypothesenbildung bezüglich der Ätiologie der Sekundären Traumatisierung scheinen vor allem jene neuropsychologischen Modelle fruchtbar, die eine automatische Übertragung emotionaler Zustände diskutieren:

So schlugen Preston und de Waal (2002) ein neuropsychologisches Modell der Empathie vor, welches in der Tradition der Simulationstheorie davon ausgeht, dass auch für das empathische Verstehen die automatische Aktivierung des beobachteten Zustandes im Beobachter die Grundlage sei. Dies führte zu der Hypothese, dass während der Beobachtung eines emotionalen Zustandes einer anderen Person dieselben Netzwerke aktiv werden, wie während des eigenen Erlebens dieser Emotion. Dies resultiert aus der Annahme, dass sich die Wahrnehmung einer Emotion und der Ausdruck einer Emotion mit Hilfe der Spiegelneurone derselben Repräsentationscodes bedienen. Entsprechend würde die Wahrnehmung einer Emotion „automatisch“ zu einer Imitation führen (S.9). „Automatisch“ meint in diesem Zusammenhang, dass diese Aktivierung nicht notwendigerweise bewusst geschieht, aber einer bewussten Kontrolle zugänglich ist. Die Autorinnen führen zur Unterstützung dieser These Studien an, die zeigen, dass Patientinnen mit präfrontalen Läsionen zwanghaft Gesten oder komplexe Handlungen imitieren (Echopraxie). Auch bei Gesunden führen schon Reizdarbietungen unterhalb der Wahrnehmungsschwelle zu einer *emotional contagion* inklusive einer Aktivierung der Mimikmuskulatur. Preston und de Waal vermuten deshalb, dass die gerichtete Aufmerksamkeit automatisch die Repräsentationen im Subjekt aktiviert, welche wiederum die assoziierten autonomen und somatischen Antwortprozesse generieren. Diese können jedoch inhibiert werden. Ihr neuropsychologisches Modell der Empathie (*Perception-Action-Modell*) geht in Anlehnung an die Theorie von LeDoux (1998) von einem dualen Prozess aus: So soll der sensorische Cortex via Thalamus und

Amygdala zu einer subcorticalen Verarbeitung führen, die durch eine corticale Verarbeitung ergänzt wird.

Die Sachlage wird noch dadurch verkompliziert, dass in neueren Studien innerhalb der Domänen *ToM* und *Empathie* wiederum affektive und kognitive Aspekte differenziert werde. So unterschieden z.B. Hynes, Baird und Grafton (2006) mittels einer fMRI-Studie zwischen emotionaler und kognitiver Perspektivenübernahme. Sie beschrieben eine erhöhte Aktivität im medialen präfrontalen Cortex während jener Aufgaben, die eine affektive vs. rein kognitive Perspektivenübernahme erforderten. Shamay-Tsoory und Kolleginnen sprechen von affektivem und kognitivem ToM sowie von affektiver und kognitiver Empathie (Shamay-Tsoory, Tomer, Berger, Goldsher, & Aharon-Peretz, 2005). Unter affektiver Empathie verstehen Shamay-Tsoory und Kolleginnen dabei „vicarious arousal and experience of another’s feeling state“ (also das was in der Sozialpsychologie *emotional contagion* genannt wurde), während kognitive Empathie als „inference of other’s people’s emotion“ definiert wird (S. 65). Die Fähigkeit zu kognitivem ToM soll erfasst werden mit Hilfe einer Perspektivenübernahme zweiter Ordnung (also „was denkt A was B denkt?“), während die affektive ToM-Leistung mit dem Entschlüsseln ironischer Kommentare und sozialer Faux Pas (also „was denkt A was B fühlt?“) erhoben wird. Empathie wird durch ein in den Neurowissenschaften häufig eingesetztes Fragebogenmaß erhoben (Interpersonal Reactivity Index; Davis, 1980), welches die Mehrdimensionalität des Konstruktes durch vier Subskalen zu repräsentieren versucht. Mit Hilfe dieser Differenzierung untersuchten Hynes et al. (2006) die Auswirkungen verschiedener Läsionen auf die ToM- bzw. Empathiefähigkeit. Sie verglichen 26 Patientinnen mit Läsionen im präfrontalen Cortex mit 13 Kontrollen sowie 13 Patientinnen mit posterioren Läsionen. Die Patientinnen mit präfrontalen Läsionen wurden wiederum in zwei Gruppen unterteilt: solche mit ventromedialen Läsionen (inklusive medialer und orbitofrontaler Regionen) und solchen mit dorsolateralen Läsionen. Die Ergebnisse zeigten, dass die Patientinnen mit Läsionen im ventromedialen präfrontalen Cortex Defizite in affektiven, nicht aber in kognitiven ToM-Aufgaben zeigten. Eine solche Dissoziation spricht – folgt

man den Autorinnen – für eine Integrationsfunktion des ventromedialen präfrontalen Cortex. Sie berufen sich dabei auf Studien, die zeigen konnten, dass dort auch Informationen über den autonomen peripheren Erregungslevel repräsentiert werden. Die Autorinnen vermuten, dass hier also somatische Rückmeldungen, emotionale und kognitive Aspekte integriert werden und schließen daraus, dass sich *Theory of Mind* und *Simulationstheorie* nicht wechselseitig ausschließen, sondern möglicherweise eine Simulation für die Initiierung der empathischen, und damit auch der kognitiven Reaktion notwendig sein könnte. Sie finden in ihrer Studie eine signifikante Korrelation von affektivem ToM mit kognitiver Empathie, nicht jedoch mit affektiver Empathie (= *emotional contagion*). Dies bestätigt indirekt die oben zitierten Ergebnisse von Hsee, Hatfield und Chemtob (1991), die zeigten, dass Therapeutinnen bei Inkongruenz auf Seiten der Klientin kognitiv dem Selbstbericht folgen und gleichzeitig selbst eine dem widersprechende emotionale Erfahrung machen, die durch die nonverbalen Emotionsausdrücke hervorgerufen wird. Die These der Interaktion von ToM und Empathie konnten Shamay-Tsoory und Kolleginnen in einer PET-Studie bestätigen, die ebenfalls Aktivierungen im superioren frontalen Gyrus und im medialen frontalen Gyrus zeigte, die eher mit ToM in Verbindung gebracht werden, aber auch Aktivierungen im prämotorischen Cortex, der Insula, der Amygdala und im orbitalen Gyrus, die sie als Korrelate der Simulation interpretieren (Shamay-Tsoory, Lester et al., 2005).

Auch die aus der Simulationstheorie ableitbaren Hypothesen wurden gezielt empirisch untersucht. Die Simulationstheorie führt zu der Annahme, dass während der Beobachtung eines emotionalen Zustandes einer anderen Person dieselben Netzwerke aktiv werden, wie während des eigenen Erlebens dieser Emotion. Studien mit bildgebenden Verfahren konnten zeigen, dass diese Annahme zumindest auf die Bereiche Ekel, Schmerz und körperliche Berührung zutrifft: Wicker, Perret, Baron-Cohen und Decety (2003) zeigten Probanden Bilder von Gesichtern mit Ekelausdruck oder ließen die Probanden selbst an ekelerregenden Stoffen riechen. Sie fanden übereinstimmende Aktivierungen in beiden Bedingungen. Keysers et al. (2004) zeigten ihren Probanden Videos von Personen, die leicht berührt

wurden und verglichen die neuronale Aktivität während des Zusehens mit derjenigen, die durch die Berührung des Probanden selbst ausgelöst wurde. Singer et al. (2004) untersuchte Paare hinsichtlich der Empathie für körperlichen Schmerz. Sie verglichen die Aktivierung der schmerzverarbeitenden Regionen (*pain matrix*) unter zwei Bedingungen: Entweder erhielt die Versuchsperson selbst einen schmerzhaften Reiz an der Hand, oder sie beobachtete wie ihr Partner einen solchen Reiz erhielt. Auch in dieser fMRI-Studie zeigte sich eine große Überlappung der aktivierten Gehirnregionen (bilateral die anteriore Insula, der rostrale anteriore cinguläre Cortex, Hirnstamm und Cerebellum). Lediglich im primären und im sekundären somatosensorischen Cortex fanden sie Aktivierungen während des direkten Erlebens, die sich in der Empathie-Bedingung nicht wiederholten. Die Autorinnen korrelierten zudem die interindividuellen Aktivitätsunterschiede in der anterioren Insula und im anterioren cingulären Cortex (kurz: ACC) in der Empathiebedingung mit den Empathiewerten eines Fragebogens und fanden signifikante positive Korrelationen (vgl. auch Singer & Frith, 2005).

Für die Theorie der Sekundären Traumatisierung erscheinen jedoch solche Studien aussagekräftiger, die Empathie bei primären Emotionen wie Angst und Trauer und *sozialen* Emotionen wie Schuld und Scham untersuchen. Interessant ist hier die Studie von Carr, Iacoboni, Dubeau, Mazziotta und Lenzi (2003): Wenn sich die Aktions-Repräsentations-These auch auf das Emotionserleben übertragen lässt – so ihre These – so müssten sich bei dem Betrachten emotionaler Gesichtsausdrücke ähnliche Gehirnaktivierungen ergeben wie bei der aktiven Imitation dieser Gesichtsausdrücke. Die Imitation von Gesichtsausdrücken sollte zu einer Aktivierung des superioren temporalen Cortex führen, der eine frühe Einordnung des visuellen Eindrucks ermöglicht. Dieser projiziert zu den *Spiegelneuronen* (s.u.) des posterioren Parietalcortex, von denen angenommen wird, dass sie die kinästhetischen Aspekte der Bewegung kodieren. Diese projizieren wiederum zu den Spiegelneuronen des inferioren Frontalcortex, welche für die Zielbestimmung der Aktion zuständig sind. Im letzten Schritt werden dann Kopien der efferenten motorischen Signale zurück an den superioren Temporalcortex

geschickt, damit dort ein Abgleich zwischen wahrgenommenem Gesichtsausdruck und der eigenen Imitationsleistung vorgenommen werden kann. Der Bezug zu den emotionsverarbeitenden Zentren im limbischen System entsteht über Projektionen aller beteiligten Gehirnregionen zum dysgranulären Bereich der Insula, die als Verschaltungsstelle fungiert. Carr et al. prüften ihre Hypothese mittels einer fMRI-Studie und fanden thesenkonform eine überlappende Aktivierung in beiden Versuchsbedingungen. Lediglich die Amygdala zeigte signifikant mehr Aktivierung in der Imitationsbedingung. Die Autorinnen schließen aus diesen Ergebnissen, dass empathische Resonanz tatsächlich durch die Konnektion von Aktions-Repräsentationssystemen mit den limbischen Regionen entsteht, die durch die Insula hergestellt wird. Diese Studie gibt also einen weiteren Hinweis darauf, dass das empathische Einfühlen möglicherweise eine interne Simulation der gespiegelten Emotion beinhaltet. Zu kritisieren ist allerdings, dass hier sehr umfassend von Emotion als eindimensionalem Konstrukt gesprochen wird, obwohl sich mittlerweile emotionsspezifische neuronale Korrelate wie z.B. für Ekel die anteriore Insula (Wicker et al., 2003) und für Angst die Amygdala (vgl. Öhman, 2005) finden ließen. Auch Lawrence et al. (2006) gehen von einer internen Simulation aus, fragen jedoch, wie sich die empathische, auf das Gegenüber bezogene Reaktion, von der auf das Selbst bezogenen Reaktion (*emotional contagion*) unterscheiden lässt. Mittels einer fMRI-Studie fanden sie in der Empathiebedingung vs. Kontrollbedingung – entsprechend der Simulationsthese – eine gesteigerte Aktivierung im inferioren frontalen Gyrus und in prämotorischen Feldern sowie in somatosensorischen Arealen wie der Insula und dem supramarginalen Gyrus. Das Ausmaß der berichteten *emotional contagion* korrelierte positiv mit der Aktivierung im rostralen anterioren Gyrus cinguli.

6.2.1.3 Die Theorie der Spiegelneurone

Wie aber könnte eine solche interne Simulation emotionaler Zustände zustande kommen? Die vorgestellten Modelle gehen mehrheitlich von einer zentralen Rolle der *Spiegelneurone* bei der Simulation aus. Spiegelneurone

wurden zuerst bei Affen (im Areal F5, entspricht beim Menschen BA 44 und BA 45) entdeckt (Gallese, Fadiga, Fogassi, & Rizzolatti, 1996). Mittlerweile wurde auch beim Menschen die Existenz eines homologen Spiegelneuronensystems in der Pars opercularis des inferioren frontalen Gyrus beschrieben (Buccino et al., 2001; vgl. z.B. J. Decety et al., 1997; für eine Zusammenschau s. Rizzolatti & Craighero, 2004). Darüber hinaus konnten Hutchinson und Kolleginnen durch Einzelneuronenableitungen Spiegelneurone für Schmerzempfindung nachweisen, die im Gyrus cinguli lokalisiert sind (Hutchinson, Davis, Lozano, Tasker, & Dostrovsky, 1999).

Dapretto und Kolleginnen übertrugen das von Carr et al. (2003) entwickelte Design auf die Erforschung der Empathiedefizite bei Kindern mit Autismus-Spektrums-Störungen (Dapretto et al., 2005). Mit Hilfe einer fMRI-Studie konnten sie zeigen, dass das Erschließen und Imitieren emotionaler Gesichtsausdrücke zwar auch ohne Aktivierung des Spiegelneuronensystems möglich ist, dass aber die sozialen Defizite der autistischen Kinder hoch mit einer verringerten Aktivierung in der Pars opercularis korreliert sind. Auch diese Studie zeigt also, dass auch die rein kognitive Verarbeitung, wie sie von den Theoretikerinnen der ToM nahe gelegt wird, bei der Empathiefähigkeit eine Rolle spielt, dass aber im normalen zwischenmenschlichen Geschehen die Simulationsfähigkeit unerlässlich ist. Während die normal entwickelten Kinder während der Imitation emotionaler Gesichtsausdrücke eine Aktivierung der Pars opercularis des inferioren frontalen Gyrus, limbischer Regionen (Insula, ventrales Striatum, Amygdala) und primärer motorischer und prämotorischer Regionen zeigten, fanden sich bei den autistischen Kindern Aktivierungen im visuellen Cortex, prämotorischen und motorischen Regionen und der Amygdala, nicht aber der Pars opercularis des inferioren frontalen Gyrus.

Auch fanden Dapretto et al. (2005) Evidenz für die von Carr et al. (2003) postulierte Modulation des limbischen Systems durch das Spiegelneuronensystem via Insula: Nicht nur zeigten die autistischen Kinder signifikant niedrigere Aktivierungen der Insula, periamygdaloider Regionen, des ventralen Striatums sowie des Thalamus als die normal entwickelten Kinder. Diese waren zudem mit den sozialen Defiziten der autistischen Kinder korreliert. Auch bei Erwachsenen mit Autismus-Spektrums-Störungen

wurden Hinweise auf eine verminderte Aktivierung der Spiegelneuronensysteme gefunden (Oberman et al., 2005; Theoret et al., 2005).

Die Arbeitsgruppe um Vittorio Gallese, Giacomo Rizzolatti und Marco Iacoboni, die als erste Spiegelneurone bei Affen entdeckte, hat seitdem eine Vielfalt von Theorien hervorgebracht, die alle eine basale Variable zum Ausgangspunkt haben: Die interne Simulation des im Außen Wahrgenommen mittels der Spiegelneuronensysteme. Insbesondere Gallese übertrug die Theorie auf das Feld der Emotionswahrnehmung und Empathie (Gallese, 2003; 2004; 2005). Er prägte den Begriff *embodied simulation*, der einen automatischen, unbewussten und präreflexiven Mechanismus beschreibt, dessen Funktion die interne Abbildung von Objekten, Agenten und Ereignissen ist. Dieser ist die Voraussetzung für das intentionale *attunement* (engl.: Sich-Anpassen, Sich-Einschwingen), bei dem durch die interne Simulation das Gefühl der Familiarität mit Anderen erzeugt wird: „This is what ‘being empathic’ is about. By means of a shared neural state realized in two different bodies that nevertheless obey to the same morpho-functional rules, the ‘objectual other’ becomes ‘another self’.“ (2004, S. 5)

6.2.1.4 Die Unterscheidung von Selbst- und Fremdperspektive

Aus der Simulationstheorie würde nun aber folgen, dass eine automatische interne Abbildung des beobachteten emotionalen Ausdrucks einer anderen Person zu einer korrekten Einschätzung des emotionalen Zustands führen müsste. Bekanntermaßen ist aber gerade die *Einfühlung* in andere Personen oft fehlerbehaftet und Menschen in unterschiedlichem Ausmaße möglich. Wie lässt sich diese Anomalie erklären?

Aus sozialpsychologischen Experimenten ist bekannt, dass die *egozentrische Perspektive* den wesentlichen Biasfaktor in der Perspektivenübernahme darstellt (Fenigstein & Abrams, 1993). Aus der Sozialpsychologie stammen daher auch verschiedene Konzepte zur Erklärung des Egozentrismus-Bias: Gilovich, Medvec und Savitsky (2000) haben ein Zwei-Komponenten-Modell vorgeschlagen, demzufolge es

zunächst eine Verankerung in der Selbstperspektive gibt, die erst in einem zweiten Schritt angepasst wird. Vorauer und Ross (1999) vermuten, dass eine unzureichende Hemmung der Selbstperspektive für den Egozentrismus-Bias verantwortlich ist.

Laut Ruby und Decety (2004) spiegelt sich diese Verankerung in der Selbstperspektive in den geteilten Netzwerken für Selbst- und Fremdperspektive wider, während die Anpassung bzw. Hemmung erst durch den Abgleich mit jenen Netzwerken geleistet wird, die die Unterscheidung von Selbst- und Fremdperspektive sicherstellen. Entwicklungspsychologische Studien zeigen, dass ToM an die Entwicklung exekutiver Funktionen geknüpft ist: ToM ist bei den meisten 3-Jährigen noch nicht ausgeprägt, aber bei fast allen 5-Jährigen. Eine kulturübergreifende Studie legt nahe, dass die Entwicklung der exekutiven Funktionen der Entwicklung von ToM vorausgeht und eine notwendige Bedingung dafür darstellt (Sabbagh, Xu, Carlson, Moses, & Lee, 2006). Dies würde eine Rolle des frontopolaren Cortex für diese Anpassung nahe legen. Laut Adolphs soll der ventromediale präfrontale Cortex eine wesentliche Rolle bei der sozialen Kognition spielen (Adolphs, 1999) und eine regulierende Hemmung auf den somatosensorischen Cortex ausüben (Adolphs, 2002). Shamay-Tsoory, Tomer, Berger und Aharon-Peretz (2003) konnten dazu passend zeigen, dass Patientinnen mit Läsionen im ventromedialen präfrontalen Cortex in ihrer Fähigkeit zur Perspektivenübernahme deutlich beeinträchtigt sind, als Patientinnen mit anderen Frontallappenläsionen oder posterioren Läsionen. Decety und Kolleginnen (Jean Decety & Chaminade, 2003; Jean Decety & Sommerville, 2003) haben wiederholt zeigen können, dass sich der Unterschied zwischen Selbst- und Fremdperspektive in Aktivierungen des rechten inferioren Parietallappens, des frontopolaren Cortex und des somatosensorischen Cortex abbildet. Ruby und Decety (2004) konnten zeigen, dass dies nicht nur für motorische oder konzeptionelle Stimuli, sondern auch für emotionale Stimuli zutrifft: Sie untersuchten in einem 2x2-Design den Einfluss der Faktoren *Perspektive* und *Emotionalität*. Dabei zeigte sich – unabhängig von dem Emotionsgehalt der Stimuli – für die Fremdperspektive eine erhöhte Aktivierung des rechten inferioren Parietalcortex sowie des ventromedialen präfrontalen Cortex (inklusive des

frontopolaren Cortex und des Gyrus rectus). Andere Studien haben gezeigt, dass der rechte inferiore Parietalcortex eine wichtige Rolle bei dem Erleben von *agency*, also der Urheberschaft von Bewegungen und Handlungen, spielt (vgl. die Studien zu out-of-body-Erlebnissen; (Blanke, Landis, Spinelli, & Seek, 2004; Blanke, Ortigue, Landis, & Seek, 2002; Bünning & Blanke, 2005); sowie zur Selbst/Andere-Unterscheidung in der reziproken Imitation (Blakemore, Oakley, & Frith, 2003)).

Die Selbstperspektive war in der Studie von Ruby und Decety (2004) hingegen assoziiert mit einer verstärkten Aktivierung des somatosensorischen Cortex. Ende der 1990er Jahre wurden verschiedene Theoriemodelle publiziert, die die Rolle der somatischen Repräsentationen im Emotionserleben betonten (Damasio, 1999; Panksepp, 1998). Bereits 2002 konnten Adolphs, Damasio, H. , Tranel, Cooper und Damasio, A.R. anhand von Läsionsstudien zeigen, dass der rechte somatosensorische Cortex an der Erkennung von Gefühlsausdrücken beteiligt ist. In einer späteren Studie (Adolphs, Tranel, & Damasio, 2003) explizierten sie, dass dabei die mit einer bestimmten Emotion einhergehenden *body states* im somatosensorischen Cortex aktiviert werden und so den Abruf emotionsbezogenen Wissens initiieren. Auch laut Iacoboni et al. (1999) ist der somatosensorische Cortex an der Repräsentation des Selbst beteiligt. In dieser Region fand sich in der Studie von Ruby und Decety (2004) theoriekonform ein Interaktionseffekt: Der somatosensorische Cortex zeigte eine signifikant höhere Aktivierung in der Kondition, in der die eigene Perspektive mit emotional-geladenen Stimuli gemessen wurde.

Dies könnten also die neuronalen Korrelate für die These der Verankerung im Selbst und einer Anpassung durch hemmende Mechanismen in der Perspektivenübernahme sein.

Für den Faktor *Emotionalität* fanden Ruby und Decety (2004) Aktivierungen der bekannten emotionsverarbeitenden Regionen im frontalen Bereich der Temporallappen, im superioren frontalen Gyrus, im postcentralen Gyrus und in der Amygdala. Betrachtet man nun den Interaktionseffekt der Faktoren *Emotionalität* und *Perspektive* für diese emotionsverarbeitenden Zentren, so zeigen sich in diesen Regionen keine Aktivitätsunterschiede zwischen der Selbst- und der Fremdperspektive. Ruby und Decety interpretieren diese

Befunde dahingehend, dass eine Amygdalaaktivierung für ToM keine notwendige Bedingung darstellt, sondern diese inhaltspezifisch sei. Damit widersprechen sie Siegal und Varley (2002, s.o.). Sie vermuten darüber hinaus, dass eine *Ansteckung* mit dem Leid der beobachteten Person dann zu erwarten sei, wenn die Unterscheidung von Selbst- und Fremdperspektive entfällt: „without a sense of self-awareness, we will just resonate with one another, become distressed by the distress of others“ (S. 585).

6.2.1.5 Hypothese für die Ätiologie der Sekundären Traumatisierung

Aus den oben dargestellten Ergebnissen ließe sich also folgende Ätiologiehypothese für die Sekundäre Traumatisierung ableiten:

Die interne Simulation des emotionalen Zustandes der Klientin durch die Spiegelneurone führt zu einer Übernahme der Symptomatik durch die Therapeutin. Ein Ausfall der Selbst-Fremd-Differenzierung macht eine emotionale Distanzierung unmöglich und führt zur Enkodierung der Traumabeschreibungen ohne Verknüpfung mit raum-zeitlichen Kontextinformationen. Die Therapeutin erlebt das vergangene Trauma als aktuelle Bedrohung (der Klientin oder ihrer eigenen Person), da während der Enkodierung der Traumabeschreibungen die Differenzierung zwischen *Heute* und *Damals* und zwischen *Ich* und *Sie* entfällt. Diese Verarbeitung bedingt das intrusive Erinnern in Form von fragmentierten Gedankenintrusionen und Alpträumen. In Abhängigkeit von der Einschränkung des Selbsterlebens während der Exposition entwickeln sich Intrusionen mit wenig oder viel Identifikation mit dem Opfer: Entsprechend entstehen Alpträume, in denen die Therapeutin das Trauma beobachtet oder selbst erlebt sowie das parapsychotische Bedrohungserleben.

6.2.2 Kindling als Moderator?

Wie kann es jedoch zu diesem Ausfall der Selbst-Fremd-Differenzierung kommen? Alleine auf Grund der von der Klientin übernommenen Erregung? Es wäre möglich, dass hier ein weiterer Mechanismus zum Tragen kommt: das sogenannte *Kindling*.

Kindling beschreibt die Tendenz zunehmender Sensibilisierung der Amygdala durch wiederholte, unterschwellige Aktivierungen. Man hat bei Ratten belegen können, dass wiederholte unterschwellige Amygdalaaktivierungen die Schwelle zum Auslösen eines epileptischen Anfalls herabsetzen (Goddard, McIntyre, & Leech, 1969). Nun haben die befragten Therapeutinnen keine epileptischen Anfälle erlitten, wohl aber Symptome, die auch bei Epileptikerinnen immer wieder beschrieben wurden: dissoziative Symptome sowie parapsychotische Bedrohungsgefühle. Zudem ist bereits wiederholt belegt worden, dass traumatisierte Patientinnen auch positive Psychosesymptome erleben und dass ein großer Teil der Psychosepatientinnen Traumatisierungen erlebt hat (für einen Überblick s. Morrison et al., 2003). Auch Bob, Susta, Pavlat, Hynek und Raboch (2005) fanden empirische Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen epilepsie-ähnlichen Symptomen einerseits und traumatischem Stress und Dissoziation andererseits. Dieser Zusammenhang könnte vermittelt über das *Kindling* der Amygdala zustande kommen.

Kindling wurde als Moderator verschiedener klinischer Störungen diskutiert, unter anderem bei PTSD (Kapfhammer, 2004) und Depression (Segal, Williams, Teasdale, & Gemar, 1996). Kapfhammer (2004) vermutet, dass wiederholte Traumatisierungen einen *Kindlingprozess* auslösen können, so dass schließlich immer weniger intensive, unspezifische Stressoren intrusive oder dissoziative Reaktionen auslösen können. Er beschreibt *Kindling* als eine „Sensitivierung durch extreme, wiederholte und intermittierend auftretende Stressoren“, die einen „distinkten Lern- und Erinnerungsprozess mit hoher Lösungsresistenz“ darstellt (S. 29). Er vermutet, dass dieser Prozess durch das dopaminerge System initiiert und durch Noradrenalin und Serotonin vermittelt wird. Entscheidend für die Entwicklung einer PTSD sei der Übergang von einer durch die Traumatisierung ausgelösten erhöhten

Reagibilität zu einem endogenen *Kindling*, der vermutlich durch das intrusive Wiedererleben vermittelt sei. Auch Scaer (2001) und van der Kolk (2004) sowie Overmier und Murison (2005) vermuten, dass *Kindling* erklären kann, warum manche Personen ein Trauma verarbeiten und zu ihrem üblichen Erregungsniveau zurückkehren, während andere eine Traumafolgestörung ausbilden und typischerweise auf immer weniger intensive Stressoren mit einer Stressreaktion reagieren. Mittels einer fMRI-Studie konnte gezeigt werden, dass traumatisierte Personen mit PTSD im Vergleich zu ebenfalls traumatisierten Kontrollen ohne PTSD eine stärkere initiale Amygdalaaktivierung als Reaktion auf traumaassoziierte Reize, nicht aber auf negative, nicht traumaassoziierte Reize zeigten (Protopopescu et al., 2005). Die Intensität dieser initialen Reaktion korrelierte mit der Schwere der PTSD-Symptomatik.

Seit der Studie von Goddard, McIntyre und Leech (1969) ist bekannt, dass intermittierende elektrische Stimulation der Amygdala zu motorischen Krampfanfällen führen kann. Deshalb wird *Kindling* als wesentlicher Faktor in der Ätiologie der Temporallappenepilepsie diskutiert. Weil Temporallappenepilepsien mit paranoiden, parapsychotischen Symptomen einhergehen können, wird *Kindling* auch in Zusammenhang mit der Angstemotion diskutiert.

6.2.2.1 Empirische Studien

Die neuronalen Grundlagen des *Kindling*-prozesses wurden vorwiegend bei Ratten untersucht: Rainnie, Asproдини und Shinnick-Gallagher (1992) berichteten, dass die beobachtete Hyperaktivierung sowohl durch eine Zunahme der exzitatorischen glutamatergen Transmission (bei NMDA- und nicht-NMDA-Rezeptoren) als auch durch eine Abnahme der inhibitorischen GABAergen Transmission bedingt ist. Dieselbe Arbeitsgruppe (Rainnie et al., 2004) diskutierte einen Zusammenhang mit der durch Cortico-Releasing-Hormon (engl. kurz: CRF) induzierten synaptischen Plastizität der Amygdala: Sie injizierten den CRF-Rezeptor-Agonisten Urocortin in die basolaterale Amygdala, was zur Expression von Angstverhalten führte, das bis zu 30 Tage nach der letzten Injektion anhielt. Die so behandelten Tiere zeigten

eine signifikante Reduktion der inhibitorischen postsynaptischen Potenziale, welche zu einer Übererregbarkeit des basolateralen Nucleus führte.

Schubert (2005) verglich gekindelte mit nicht-gekündelten Ratten bezüglich der Langzeitplastizität in der lateralen Amygdala. Sie fand bei den gekündelten Ratten eine erhöhte Erregbarkeit bei unveränderter Kurzzeitplastizität. Wie erwartet, gab es nach *Kindling* Veränderungen in der Langzeitpotenzierung, diese führten jedoch zu einer Art Sättigung, so dass sich die Langzeitpotenzierung mit zunehmender Anfallsfrequenz wiederum reduzierte. Bei gekündelten Ratten führten dann jedoch Reizungen, die bei den Kontrollen zu einer Langzeitdepression führten, zu einer Langzeitpotenzierung der synaptischen Aktivität der lateralen Amygdala. Die Autorin schlussfolgert deshalb, dass *Kindling* am besten als eine Form von Metaplastizität verstanden werden sollte.

Kellett und Kokkinidis (2004) untersuchten die Lösungsresistenz von konditionierten Angstreaktionen bei gekündelten Ratten. Sie konnten zeigen, dass vor allem das Extinktionslernen nach *Kindling* beeinträchtigt ist: Die Ratten, die zuvor gekündelt worden waren, zeigten selbst nach 120 Lösungsdurchgängen noch keine Inhibition der konditionierten Angstreaktion. Man geht heute davon aus, dass Lösung nicht der Verlust der konditionierten Assoziation ist, sondern eine aktive Hemmung der konditionierten Assoziation durch vermutlich ventromediale präfrontale Cortexstrukturen darstellt (s. Phelps, Delgado, Nearing, & LeDoux, 2004 für Ergebnisse beim Menschen; Quirk, Likhtik, Pelletier, & Pare, 2003 für Ergebnisse bei Ratten).

Quirk et al. (2003) konnten - ebenfalls bei Ratten - zeigen, dass die Lösung konditionierter Angstreaktionen durch den medialen präfrontalen Cortex durch inhibitorische Interneurone in der Amygdala vermittelt wird. Sie vermuten, dass der mediale präfrontale Cortex Interneurone im basolateralen Nucleus aktiviert, die wiederum hemmend auf Neurone des zentralen Nucleus einwirken. Diese These konnte von Rosenkranz, Buffalari und Grace (2006) bestätigt werden, die eine Hemmung des zentralen Nucleus durch Stimulation des basolateralen Nucleus evozieren konnten.

Kellett und Kokkinidis (2004) vermuten, dass die durch das *Kindling* schon unterschwellig ausgelöste Stimulation der Amygdala eine Formung inhibitorischer Verbindungen verhindert. Sie argumentieren, dass die Amygdalastimulation, vermittelt über eine Erhöhung des emotionalen Erregungszustandes, zu einem Abruf expliziter Angsterinnerungen führen könnte und die beobachtete parapsychotische Symptomatik Kennzeichen einer extremen Amygdalastimulation sei. Die Autorinnen übertragen ihre Ergebnisse explizit auf die Ätiologie der PTSD: Auch hier könnte die fehlende Löschung als Grundlage der Symptomatik beschrieben werden. Sie vermuten, dass es während der Intrusionen wiederholt zu starken Amygdalaaktivierungen kommt, die wiederum das Extinktionslernen behindern. Damit bestätigen sie die Vermutungen von Miller (2000), der ebenfalls die fehlende Löschung aufgrund einer intensiven Sensitivierung als Basis der PTSD beschreibt.

6.2.2.2 Hypothese für die Ätiologie der Sekundären Traumatisierung

Aus den oben dargestellten Ergebnissen ließe sich also folgende Ätiologiehypothese für die Sekundäre Traumatisierung ableiten:

Die veränderte Enkodierung der Traumabeschreibungen durch die Therapeutinnen könnte darauf zurückzuführen sein, dass diese ein Ausmaß emotionaler Beteiligung erleben, das der äußeren therapeutischen Situation nicht angemessen ist. Durch die wiederholte Konfrontation mit Traumabeschreibungen sowie die durch die Spiegelneurone vermittelte Angsterregung könnte es zu einem *kindling* der Amygdala kommen. Die unterschwellige intermittierende Reizung, die die Voraussetzung für das *kindling* der Amygdala ist, entsteht demnach durch die über die Spiegelneurone vermittelte emotionale Resonanz auf traumatisierte Klientinnen. In der Folge würden geringe Aktivierungen zu einer Überschreitung der Aktivierungsschwelle führen, so dass die Therapeutin intensive Emotionen von Angst, Entsetzen oder Hilflosigkeit erlebt, die der aktuellen äußeren Situation nicht angemessen sind. Diese intensiven Emotionen führen zu einem Ausfall der Selbst-Fremd-Differenzierung, welche der Intrusionsentstehung zu Grunde liegt.

6.2.3 Dissoziation als Moderator?

Auch eine Rolle des Faktors *Dissoziation* muss für die Ätiologie der Sekundären Traumatisierung in Betracht gezogen werden, da diese durch intensive Emotionen ausgelöst wird und einen Ausfall der Selbst-Fremd-Differenzierung erklären könnte.

In der Interviewstudie deutete sich an, dass eine unwillkürliche und unkontrollierbare Veränderung des peritraumatischen Bewusstseinszustandes für die Entwicklung der intrusiven Symptomatik verantwortlich sein könnte. Zwar sind die Beschreibungen der Betroffenen nicht einheitlich und einige Therapeutinnen berichteten von der protektiven Wirkung gesteuerter Dissoziationen. Allgemeiner lässt sich jedoch formulieren, dass eine Moderation der Belastung durch die peritraumatische Verarbeitung gegeben zu sein scheint.

Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass in der Interviewstudie eine Unterteilung der Dissoziation in kontrollierbare, intendierte Dissoziation und unkontrollierbare, unwillkürliche Dissoziation empfohlen wurde, sind die Ergebnisse der Fragebogenstudie überraschend eindeutig: Die Symptome der peritraumatischen Dissoziation korrelieren mit der Schwere der Symptombelastung im FST, ohne dass eine Unterteilung in intendierte und automatische Dissoziation vorgenommen wurde. Die große Effektstärke deutet darauf hin, dass dieser Zusammenhang auch praktisch bedeutsam ist. Diese Ergebnisse sind interessant, weil mit der Skala *Peritraumatische Dissoziation* ein Maß für habituelle Dissoziationsneigung eingesetzt wurde. Zwar erhöht die habituelle Dissoziationsneigung die Wahrscheinlichkeit, dass die Therapeutin auch in der relevanten Expositionssituation dissoziierte. Bedenkt man jedoch das Ergebnis der Interviewstudie, dass spezifische Auslöser wie die wahrgenommene Ähnlichkeit mit der Klientin die Distanzierung erschwerten, so überrascht ein so deutlicher Zusammenhang.

Die Arbeitsgruppe um Brewin hat versucht, in Analogstudien den Effekt der peritraumatischen Dissoziation auf die Intrusionsentstehung zu belegen (Brewin & Saunders, 2001; Holmes, Brewin, & Hennessy, 2004). Dabei zeigte sich, dass es unmöglich zu sein scheint, eine peritraumatische Dissoziation experimentell gesteuert zu erzeugen. Diese Versuche führten

dennoch zu wichtigen Erkenntnissen: Im Gegensatz zu den ursprünglichen Erwartungen der Autorinnen konnten verschiedene Studien zeigen, dass die eingesetzten Aufgaben, die lediglich zu geteilter Aufmerksamkeit führen, mit signifikant geringeren Intrusionswerten einhergehen (Brewin & Saunders, 2001; Holmes et al., 2004; Stuart, Holmes, & Brewin, 2005). Brewin und Saunders schlussfolgern, dass „das Paradigma der geteilten Aufmerksamkeit nicht geeignet ist, jene Form von Dissoziation abzubilden, der peritraumatisch auftritt (2001, S. 470, eigene Übersetzung). Die präventive Wirkung der eingesetzten Aufgabe auf die Intrusionsentstehung erklärten die Autorinnen mit Hilfe des *Modells der Dualen Verarbeitung* (Brewin et al., 1996). Dieses postuliert zwei Gedächtnissysteme, die auf der verbalen vs. der sensorischen Verarbeitung eingehender Reize basieren. Sie erzeugen entsprechend verbal zugängliche Repräsentationen (VAM) oder situational zugängliche Repräsentationen (SAM). VAM sind Erinnerungen, die auf Grund hoher kognitiver Verarbeitung erzeugt werden und die mit Kontextinformationen im autobiographischen Gedächtnis verknüpft sind. Die Erzeugung von VAM inhibiert die Enkodierung von SAM, welche der Intrusionssymptomatik zu Grunde liegen sollen.

In den ersten Studien (Brewin & Saunders, 2001; Holmes et al., 2004, Experiment 1) wurden Aufgaben eingesetzt, bei denen die Versuchspersonen mit den Fingern ein komplexes, vorgegebenes Muster tippen mussten. Folgt man den Autorinnen, so konkurrieren diese Aufgaben mit der Enkodierung des Traumamaterials um Ressourcen des SAM-Systems, da die Aufgabe visuell-räumliches Verarbeiten erfordert. Die Autorinnen schlussfolgerten daraus, dass andererseits die Intrusionsentstehung befördert werden sollte, wenn man die Versuchspersonen während der Traumaexposition auffordert, solche Aufgaben zu bearbeiten, die einen verbalen Anteil haben. Die Hypothese war hier, dass diese Aufgaben mit den Ressourcen des VAM-Systems konkurrieren. Holmes et al. (2004, Experiment 3) konnten bei Verwendung einer verbalen Aufgabe tatsächlich eine verstärkte Intrusionsentstehung evozieren.

Um die Ergebnisse zu replizieren und zu belegen, dass nicht die in den vorherigen Studien gewählte Tipp-Aufgabe speziell zu dem präventiven

Effekt führt, setzten Stuart et al. (2005) eine andere Aufgabe ein, die SAM-Ressourcen binden sollte. Sie ließen ihre Versuchspersonen während eines Teils der Traumaexposition vorgegebene Formen aus Knetmasse nachbilden. Als Kontrollbedingung diente ein anderer Teil der Traumaexposition, während dem die Versuchspersonen keine Aufgabe ausführen mussten. Auch in dieser Studie fanden sich niedrigere Intrusionswerte für den Teil der Traumaexposition mit visuell-räumlicher Aufgabe als für den Teil ohne Aufgabe. Interessanterweise hatte die Aufgabe keinen signifikanten Effekt auf die peritraumatische Dissoziation, so dass hier nicht von einer Moderation des Effektes über die Dissoziation ausgegangen werden kann. Da die durchschnittlichen Dissoziationswerte jedoch sehr niedrig waren, könnte man vermuten, dass dies darauf zurückzuführen ist, dass das verwendete Traumamaterial wenig dissoziative Reaktionen evozierte. Dem widersprechen jedoch die Ergebnisse von Holmes et al. (2004), die bei Verwendung desselben Stimulusmaterials den Einfluss der peritraumatischen Dissoziation auf die Intrusionsentstehung belegen konnten. Diese empirischen Ergebnisse bestätigen, dass die peritraumatische Dissoziation als Ätiologiefaktor einzuordnen ist: Holmes et al. (2004) erhoben in einer Analogstudie die peritraumatische Dissoziation mittels Fragebögen sowie mittels einer peritraumatischen Herzratenmessung. In ihrer Studie mit psychisch gesunden Probanden korrelierte die Menge der Intrusionen negativ mit der Herzrate und positiv mit den Dissoziationswerten. Die beobachtete Absenkung der Herzrate wird von den Autorinnen in Übereinstimmung mit der Forschungsliteratur als Indikator einer *peritraumatischen Dissoziation* gewertet. Zudem bestanden die Intrusionen aus den Ausschnitten des aversiven Films, bei denen die Herzrate der Versuchspersonen besonders niedrig war.

Auch die Aussagen von Angehörigen solcher Berufsgruppen, die regelmäßig mit potenziell traumatisierenden Situationen konfrontiert werden, lassen sich durch die Theorie der dualen Verarbeitung erklären: Diese berichten, dass eine bewusste Fokussierung auf Handlungsstrategien, Fachwissen oder Arbeitsabläufe davor schützt, traumatisiert zu werden (Laposa & Alden, 2003). Diese Form der kognitiven Fokussierung führt automatisch auch zu

einer Verbalisierung und damit zu einer größeren emotionalen Distanz zu dem Geschehen. Da Hyperarousal in Form extremer Emotionen zu den Ätiologiefaktoren der PTSD zählt und mit dissoziativer Verarbeitung in Zusammenhang steht, ist es nicht verwunderlich, dass eine kognitive Fokussierung präventiv wirkt.

Auch die interviewten Therapeutinnen beschrieben es als hilfreich, während der Exposition bewusst auf die eigene professionelle Rolle zu fokussieren und die Erzählung der Klientin auf Ansatzpunkte für die Therapie, wichtige Ressourcen und mögliche dysfunktionale Verarbeitungsmuster hin zu untersuchen. Laposka und Alden (2006) setzten diese Aussagen im Rahmen einer Analogstudie mit Rettungssanitäterinnen um: Sie verglichen dabei Personen, die instruiert waren ihr Fachwissen anzuwenden, mit Personen, die keine besondere Instruktion erhielten. Auch in dieser Studie zeigte sich, dass jene Personen, die nur einen Teil ihrer Aufmerksamkeit auf den aversiven Stimulus lenkten und gleichzeitig mit einem Teil ihrer Aufmerksamkeit die Anwendbarkeit ihres Fachwissens evaluierten, weniger Intrusionen berichteten als die Kontrollgruppe. Damit konnte zum ersten Mal in einem Laborexperiment gezeigt werden, dass eine Manipulation der bewussten, gedanklichen Verarbeitung des Traumamaterials einen Effekt auf die Intrusionsentstehung hat. Die Autorinnen diskutieren ihre Ergebnisse ebenfalls auf der Basis des Modells der dualen Verarbeitung (Brewin et al., 1996): Laposka und Alden argumentieren, dass in ihrer Experimentalgruppe die Aufforderung, das Fachwissen zu evaluieren, zu einer tieferen kognitiven Verarbeitung und der Verknüpfung mit anderen verbalisierbaren Repräsentationen geführt hat, welche wiederum die Entwicklung von Intrusionen hemmte.

Auch Ehlers und Clark (2000) argumentieren, dass die *konzeptuelle Verarbeitung*, d.h. die organisierte und kontextualisierte Elaboration der Traumasituation sowie deren Bewertung, dazu führt, dass eine Repräsentation des Ereignisses im autobiographischen Gedächtnis gespeichert wird, die nicht zu leicht durch sensorische Reize abgerufen werden kann. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass eine bestimmte Art der kognitiven Verarbeitung als Schutzmechanismus bewertet werden kann. Diese ist von dissoziativen Verarbeitungsstilen abzugrenzen.

6.2.3.1 Begriffsbestimmung

Laut DSM-IV-TR beschreibt *Dissoziation* eine Unterbrechung in den für gewöhnlich integrierten Funktionen des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Identität oder der Wahrnehmung der Umgebung. Das Konzept der Dissoziation wurde bereits 1889 von dem französischen Psychiater Pierre Janet eingeführt. Auch er beschrieb mit diesem Begriff schon einen Komplex von Symptomen, deren Kernstück ein Zerfall der integrierenden Funktionen von Gedächtnis, Identität und Bewusstsein bildete. Die meisten Theorien der Dissoziation gehen davon aus, dass es ein Kontinuum von nicht pathologischen Alltagsphänomenen wie leichten Trancezuständen bis hin zu pathologischen Zuständen mit Verlust der Realitätsorientierung gibt. Dissoziationsähnliche Symptome treten bei einer Vielzahl psychiatrischer Störungen (z.B. als Depersonalisierung bei Panikattacken, psychotischen Störungen und der Borderline-Persönlichkeitsstörung und als Derealisation bei Essstörungen (Brunet et al., 2001; Eckhardt-Henn, 2004)) aber auch bei neurologischen Störungen wie der Temporallappenepilepsie und dem Ganser Syndrom auf. Während eines dissoziativen Zustandes scheinen manchmal die motorischen Ausdrucksweisen der Emotionen Trauer, Freude und Ärger normal abzulaufen, obwohl die Personen diese Emotionen nicht bewusst erleben. Bei Angst und Ekel hingegen fehlt nicht nur der motorische Ausdruck, sondern auch das normale Vermeidungsverhalten (vgl. Sierra & Berrios, 1998, S. 900).

Bezogen auf Traumatisierungen kann Dissoziation plötzlich oder graduell sowie transient oder chronisch auftreten. Die Betroffenen können dem dissoziativen Geschehen hilflos ausgeliefert oder aber sogar in der Lage sein, es bewusst und kontrolliert herzustellen. In der Traumaforschung wird der Begriff *Dissoziation* mit mindestens drei verschiedenen Schwerpunktsetzungen verwandt (für einen Überblick s. DePrince, Chu, & Visvanathan, 2006): Als *peritraumatische Dissoziation* wird einer der varianzstärksten Prädiktoren in der Ätiologie der PTSD bezeichnet (Ozer et al., 2003). Darunter subsumiert sind Symptome von Derealisation und Depersonalisierung sowie der veränderten zeitlich-räumlichen Wahrnehmung und emotionaler Taubheit während des traumatischen Erlebnisses. Als

dissoziative Zustände werden zudem auch Symptome bereits bestehender Störungen wie der PTSD, der Depersonalisierungsstörung und anderer dissoziativer Störungen bezeichnet (Eckhardt-Henn, 2004; Eckhardt-Henn & Hoffmann, 2004). Und schließlich verwenden Nijenhuis, van der Hart und Steele (2004) den Begriff der *strukturellen Dissoziation*, um die Achse des Kontinuums von *state-dependent memories* über *ego states* bis hin zu den separierbaren *alters* bei der Dissoziativen Identitätsstörung zu benennen. Holmes et al. (2005) illustrieren die divergente Verwendung des Begriffs und schlagen eine Unterteilung in zwei Unterformen vor. Sie befürworten eine Differenzierung zwischen Zuständen, die lediglich ein (transientes) Entfremdungsgefühl bei intakter Identität beschreiben und solchen Zuständen, bei denen eine Unterteilung in Persönlichkeitsanteile oder gar wechselseitig amnestische Identitäten besteht. Sie schlagen dafür die Begriffe *detachment* und *compartmentalization* vor. Die Autorinnen vermuten, dass der symptomatischen Ähnlichkeit zum Teil divergente Prozesse zugrunde liegen: so werden z.B. Amnesien im Rahmen der PTSD als Folge eines Enkodierungsproblems konzeptualisiert, während Amnesien bei der Dissoziativen Identitätsstörung möglicherweise eher ein Abrufproblem darstellen (siehe dazu auch Huntjens et al., 2005).

Im Folgenden beziehe ich mich auf die Forschung zu *dissoziativen Zuständen* als Symptom bestehender Störungen. Auch innerhalb dieses Feldes wird der Begriff uneinheitlich benutzt: So wird innerhalb der Therapieliteratur damit zumeist der Zustand während eines Flashbacks beschrieben, also während einer Intrusion mit Verlust der raum-zeitlichen Orientierung, aber zum Teil extremem Emotionserleben. Die Klientin ist hier also von dem *Hier-und-Jetzt* dissoziiert, mit ihren Erinnerungen jedoch assoziiert.

Der Begriff *Dissoziation* wird jedoch auch zur Kennzeichnung fehlender Emotionalität benutzt. Auch hier kann man Dissoziation als ein Kontinuum etablieren: Leichtere Dissoziationen beginnen zumeist mit fehlendem Emotionserleben bei normaler Raum-Zeit-Orientierung. Stärkere Dissoziationen können sich durch das Hinzutreten von Depersonalisierung oder Derealisierung auszeichnen. Zumeist wird eine Entfremdung von den

eigenen Handlungen berichtet (z.B. wie auf Autopilot sein), die man als Verlust des *agency*-Erlebens beschreiben kann. Derealisierung zeichnet sich durch ein verzerrtes Erleben der äußeren Umwelt aus (z.B. Ausblenden von Sinnesmodalitäten, Realität erscheint „traumähnlich“ oder „wie im Film“). Am extremen Ende des Kontinuums stehen psychogene Ohnmachtsanfälle sowie *Out-of-body*-Erlebnisse. Die Klientin ist in diesem Zustand also vorwiegend von dem eigenen Emotions- und Selbsterleben dissoziiert.

6.2.3.2 Zusammenhang zwischen Dissoziation und Trauma

Der Zusammenhang zwischen dem Erleben eines Traumas, der Entwicklung einer posttraumatischen Störung und dem Auftreten dissoziativer Phänomene ist noch nicht restlos geklärt. Ca. 90 Prozent der Personen, die klinisch relevante Ausmaße dissoziativer Symptome zeigen, berichten von traumatischen Erfahrungen (Briere, 2006; Freyberger & Spitzer, 2005), andererseits klärt das Vorliegen traumatischer Erlebnisse nur ca. vier Prozent der Varianz der dissoziativen Symptome auf (Briere et al., 2005).

In der PTSD-Forschung zeichnet sich eine Unterteilung in zwei Subtypen anhand der Dissoziationsneigung ab: Diese beschreibt zumeist die bei einer Untergruppe der PTSD-Klientinnen fehlenden emotionalen Reaktion auf traumaassoziierte Bilder: Griffin, Resick und Mechanic (1997) untersuchten Frauen kurz nach einer Vergewaltigung. Sie entdeckten dabei eine Subgruppe hoch dissoziativer Frauen, bei denen sich die Hautleitfähigkeit und die Herzrate während der Exposition verringerten und interpretierten dies als einen Hinweis auf mögliche Subgruppen unter den PTSD-Klientinnen. Auch Bremner et al. (1999) vermuteten, dass sich zwei Subtypen der PTSD unterscheiden lassen: ein intrusiver Subtypus, der sich vor allem durch starkes Wiedererleben und Hyperarousal charakterisieren lässt, und ein dissoziativer Subtypus, bei dem diese Symptome verhältnismäßig wenig ausgeprägt bzw. unterdrückt sind. Lanius et al. (2002) und übereinstimmend auch van der Kolk (2004) stellten fest, dass ca. 30 Prozent der PTSD-Klientinnen diesem dissoziativen Typus angehören.

6.2.3.3 Psychophysiologie der Dissoziation

Sack und Lamprecht (2005) replizierten in ihrer Studie eine sinnvolle Unterteilung anhand psychophysiologischer Daten: Sie verwandten ein Symptomprovokationsparadigma und erhoben psychophysiologische Parameter während der Exposition. Im Anschluss befragten sie die Klientinnen bezüglich des Erlebens dissoziativer Symptome während der Exposition. In ihrer Stichprobe war das Vorliegen des dissoziativen Subtypus der PTSD assoziiert mit früherem Traumabeginn und multiplen Traumata, mehr dissoziativen Symptomen auch außerhalb des Expositionssettings sowie einer ausgeprägteren Angst- und Vermeidungssymptomatik. Sie verglichen dissoziative mit nicht-dissoziativen PTSD-Klientinnen in Bezug auf die Herzrate, die Herzratenvariabilität (als Indikator für parasympathischen Tonus) und das Fingerpulsvolumen (als Indikator für sympathischen Tonus). Sie fanden sowohl für die Herzrate als auch für die Herzratenvariabilität signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen: bei den dissoziativen Klientinnen war die Herzrate geringer sowie die Herzratenvariabilität höher. In Bezug auf den sympathischen Tonus, operationalisiert über das Fingerpulsvolumen, fanden sich jedoch keine Unterschiede zwischen den Gruppen. Diese Ergebnisse legen nahe, Dissoziation als einen Zustand zu begreifen, der sowohl von hoher parasympathischer als auch von hoher sympathischer Aktivität geprägt ist. Zu einer ähnlichen Einschätzung gelangen auch Perry, Pollard, Blakley, Baker und Vigilante (1995), van der Kolk (2004) sowie Sachsse (2004, s.u.).

6.2.3.4 Neuronale Korrelate der Dissoziation

Auch auf der Ebene der Gehirnaktivierung wurde mittlerweile eine Differenzierung in Subtypen beschrieben: Lanius, Williamson und Menon (2002) verglichen mittels einer fMRI-Studie die Gehirnaktivität von dissoziativen und nicht-dissoziativen PTSD-Klientinnen mit einer Kontrollgruppe aus Personen, die ein Trauma erlebt hatten, aber keine PTSD ausbildeten. Sie benutzten dazu ein Symptomprovokationsparadigma, bei dem die Klientinnen mit individuellen Traumaskripts konfrontiert wurden. Die PTSD-Klientinnen des intrusiven Subtypus zeigten eine niedrigere

Aktivierung im Thalamus, im anterioren cingulären Gyrus, im medialen frontalen Gyrus, im inferioren frontalen Gyrus sowie im Occipitallappen als die Kontrollpersonen.

Bei den dissoziativen PTSD-Klientinnen konnte hingegen im Vergleich zu den Kontrollpersonen eine erhöhte Aktivierung des anterioren cingulären Cortex, des inferioren frontalen Gyrus sowie des medialen frontalen Gyrus, des medialen präfrontalen Cortex, des superioren temporalen Gyrus, des Parietallappens und des Occipitallappens nachgewiesen werden.

Die verstärkte Aktivierung des anterioren cingulären Cortex entspricht Befunden zu pharmakologisch induzierten Depersonalisationssymptomen sowie Berichten einer positiven Korrelation zwischen ACC-Volumen und Alexithymie (vgl. Förstl, 2005, S. 118). Diese werden als Korrelat einer verstärkten inhibitorischen Aktivität des ACC interpretiert, nachdem es Hinweise auf eine Beteiligung des ACC an der Regulierung des Amygdalaoutput als Reaktion auf angstauslösende Reize gab (Hariri, Mattay, Tessitore, Fera, & Weinberger, 2003). ACC-Hypoaktivierungen wurden im Rahmen von Symptomprovokationsstudien für PTSD wiederholt belegt (z.B. Bremner et al., 1999; R.A. Lanius et al., 2003; Shin et al., 2001) und ebenso gibt es Hinweise auf ein vermindertes ACC-Volumen bei PTSD-Klientinnen (für einen Überblick s. Woodward et al., 2006). Andererseits liegen ebenfalls Studien vor, die eine Hyperaktivierung des ACC bei PTSD-Klientinnen fanden (z.B. Richard A. Bryant et al., 2005; R.A. Lanius et al., 2004; Liberzon, Abelson, Flagel, Raz, & Young, 1999; Rauch et al., 1996). Möglicherweise ist diese Inkonsistenz jedoch darauf zurückzuführen, dass in den meisten Studien keine Maße für dissoziative Reaktionen erhoben wurden. Anderson et al. (2004) argumentieren, dass der ACC eine Schlüsselrolle bei der Unterdrückung ungewollter Erinnerungen spielt, indem er die Kontrolle durch den dorsolateralen präfrontalen Cortex signalisiert oder dessen Einfluss auf den medialen Temporallappen vermittelt.

Die stärkere Aktivierung des Occipitallappens wurde auch für Klientinnen mit Depersonalisierungsstörung belegt (Simeon et al., 2000; Simeon, Guralnik, Knutelska, Hollander, & Schmeidler, 2001), die für den dissoziativen Typus der PTSD beschriebene stärkere Aktivierung im superioren temporalen Gyrus wurde für die Depersonalisierungsstörung hingegen nicht berichtet.

Diese ist jedoch konsistent mit der Beobachtung, dass auch bei Patientinnen mit Temporallappenepilepsie gehäuft dissoziative Symptome auftreten.

Die verstärkte Aktivierung des medialen frontalen Gyri sowie des medialen präfrontalen Cortex entspricht dem corticolimbischen Modell der Depersonalisierung von Sierra und Berrios (1998): Sie vermuten, dass eine linksseitige, mediale präfrontale Aktivierung zu einer reziproken Amygdalainhibition führt, die die Hypoemotionalität und niedrige autonome Erregung bedingt. Sie hypothesieren, dass die niedrige autonome Erregung über das Körperfeedback zu einer Dämpfung des bewussten Emotionserlebens führt. Parallel führe eine rechtsseitige, dorsolaterale präfrontale Aktivierung zu einer reziproken Hemmung des anterioren Gyri cinguli, die sich in Hypervigilanz und Aufmerksamkeitsdefiziten niederschlägt. Dieser These widersprechen jedoch die beschriebene verstärkte Aktivierung des anterioren cingulären Cortex sowie die hohe sympathische Aktivität in der Gruppe der dissoziativen PTSD-Klientinnen.

Die Neigung, dissoziative Zustände zu erleben, korreliert in der Allgemeinbevölkerung mit der Tendenz, zu fantasieren und empfänglich für kognitive Fehler zu sein. Giesbrecht und Merkelbach (2005) vermuten, dass es bei Dissoziation zu Einschränkungen im *reality monitoring* komme, also in der Zuordnung des Ursprungs von Erinnerungen. Ist während der Dissoziation das Selbsterleben eingeschränkt und kann deswegen bei der Analyse von Erinnerungen nicht auf die autobiografisch-emotionale Färbung zurückgegriffen werden, so sei eine Zuordnung der Entstehungsbedingungen erschwert.

Die extremste Einschränkung des Selbsterlebens in Form traumabezogener Dissoziationen ist sicherlich das *Out-of-body*-Erlebnis, bei dem sich die Klientinnen von außerhalb ihres Körpers zu sehen scheinen. Diese skurril anmutende Form der Dissoziation lässt sich jedoch auch bei gesunden Personen induzieren und auf einem Kontinuum der Körperwahrnehmungsstörungen verorten. Schon mit einem relativ einfachen Versuchsaufbau konnten z.B. Schaefer, Noenning, Heinze und Rotte (2006) bei gesunden Personen eine taktile Illusion erzeugen. Sie boten dazu den

Versuchspersonen sich widersprechende taktile und visuelle Stimulationen dar, die diese zu einer illusorischen Körperwahrnehmung integrierten: Während sie ein Video ansahen, auf dem eine Hand zu sehen war, die mit einem Stab am Daumen berührt wurde, wurde ihre eigene Hand, für die Versuchsperson nicht sichtbar, mit einem Stab am fünften Finger stimuliert. Erfolgte die Darbietung des visuellen Stimulus parallel zu der taktilen Stimulation, so erlebten die Versuchspersonen die taktile Stimulation fälschlicherweise am Daumen. Die Autorinnen konnten mittels MEG in dieser Bedingung eine veränderte Aktivierung im somatosensorischen Cortex belegen. Blanke, Ortigue, Landis und Seek (2002) konnten in einer Einzelfallstudie zeigen, dass sich die Illusion, den eigenen Körper zu verlassen, durch eine ähnliche Fehlintegration erklären und durch elektrische Stimulation des rechtsseitigen Gyrus angularis induzieren lässt. Die beschriebene Patientin erlebte bei schwacher Stimulation zunächst illusorische Transformationen ihrer Extremitäten sowie vestibuläre Reaktionen (z.B. das Gefühl aus großer Höhe zu fallen). Bei stärkerer Stimulation erlebte sie ein Schwebefühl, das begleitet war von dem Eindruck, den eigenen Körper zu verlassen und auf ihn hinabschauen zu können. Wurde sie aufgefordert in diesem Zustand ihre Extremität zu betrachten, so erlebte sie illusorische Verkürzungen und Bewegungen. Die Autorinnen interpretieren diese Befunde in Richtung einer fehlerhaften Integration komplexer somatosensorischer und vestibulärer Informationen. Sie vermuten, dass der Gyrus angularis, der sich in räumlicher Nähe zum vestibulären Cortex befindet, eine wichtige Verschaltungsstelle eines größeren Netzwerkes der Körperwahrnehmung darstellt. In späteren Arbeiten (Blanke et al., 2004; Bünning & Blanke, 2005) explizieren sie, dass die rechtsseitige, temporoparietale Übergangsregion, die den anterioren Gyrus angularis und den posterioren Teil des superioren temporalen Gyrus beinhaltet, das neuronale Korrelat der *Out-of-body*-Erlebnisse (OBE) sei. Sie beschrieben bei sechs neurologischen Patientinnen mit OBE übereinstimmend Läsionen in diesem Bereich, der mit dem Erleben von *agency* (also der Urheberschaft von Handlungen) in Verbindung gebracht wurde. Auch Brandt, Brechtelsbauer, Bien und Reiners (2005) fanden bei einem Patienten mit OBE während epileptischer Anfälle eine rechtsparietale

Läsion im Gyrus angularis. Sie berichten, dass bei Epilepsiepatientinnen eine OBE-Inzidenz von 6,3 Prozent bestehe. Da die OBE nach der Läsionektomie bei dem beschriebenen Patienten ausblieb, gehen die Autorinnen hier von einer epileptischen Genese der OBE aus.

Der Verlust der Wahrnehmung von *agency* ist aber auch schon ein typisches Symptom schwächerer Dissoziationen: Personen erleben sich dann als automatisch handelnd, wie auf Autopilot. Laut Vogeley und Fink (2005) ist die Selbstperspektive eng mit der Fähigkeit verknüpft, auf intakte Körperrepräsentationen zurückgreifen zu können. Dabei spielt der vestibuläre Cortex eine wesentliche Rolle, der über direkte Projektionen zum parietalen Cortex verfügt. Die Informationen des vestibulären Cortex werden vom posterioren parietalen Cortex für die Erkennung von Eigenbewegungen genutzt. Entsprechend des *Feedforward*-Modells gehen die Autoren davon aus, dass die sensorischen Informationen von selbst-generierten Handlungen abgespeichert sind und so antizipiert werden können. Diese werden mit den propriozeptiven Informationen abgeglichen, die als Efferenzkopien erfolgter Handlungen eingehen. Kommt es zu einer Deckung der Signale, führt dies zu einer Zuschreibung von *agency*. Dieser Abgleich soll also der Differenzierung selbst- und fremd-generierter Handlungen zugrunde liegen.

Kommt es jedoch zu einer starken Aktivierung dieser Region ohne Übereinstimmung mit den vestibulären und somatosensorischen Informationen, so könnte dies den berichteten dissoziativen Symptomen zugrunde liegen, die mit Depersonalisierung und dem Verlust des *agency*-Erlebens wie in der Studie von Lanius et al. (2002) oder gar dem *Out-of-Body*-Erlebnis wie in der Studie von Blanke (2002) einhergehen. Hier mag eine Verbindung zu den Ergebnissen von Ruby und Decety (2004, s.o.) bestehen, die zeigen konnten, dass sich die Fremdperspektive durch eine erhöhte Aktivierung des rechten, inferioren Parietalcortex auszeichnet.

6.2.3.5 Endokrinologie der Dissoziation

Auch zu den endokrinologischen Korrelaten der Dissoziation gibt es mittlerweile Hypothesen: Bei den meisten PTSD-Klientinnen lässt sich mit Yohimbin, einem α -2-Rezeptor-Antagonisten, die individuelle Symptomatik auch pharmakologisch provozieren (Krystal, Bremner, Southwick, & Charney, 1998): Klientinnen des intrusiven Typus berichten unter Yohimbin über Intrusionen, während Klientinnen des dissoziativen Typus Dissoziationen erleben (van der Kolk, 2004). Yohimbin blockiert die α -2-Rezeptorstelle und führt so zu einem Konzentrationsanstieg von Norepinephrin. Diese Ergebnisse deuten also auf eine Beteiligung des noradrenergen Systems (vermittelt über den Locus coeruleus) hin.

Möglicherweise bilden sich die Subtypen der PTSD auch in divergenten Dysregulationen der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse (engl. Abkürzung: *HPA*-Achse) ab: Auf eine Dexamethasongabe reagieren Personen mit Depersonalisierungsstörung mit Hyposuppression, Personen mit PTSD im Mittel aber mit Hypersuppression (Simeon et al., 2001). Es könnte also sein, dass Personen mit intrusiver PTSD eine erniedrigte Baseline-Cortisolkonzentration, aber ein verstärktes negatives Feedback aufweisen, während Personen mit dissoziativer Symptomatik eine normale oder erhöhte Baseline-Cortisolkonzentration haben und mit einem schwachen negativen Feedback reagieren. Mason et al. (2002) interpretieren die widersprüchlichen Befunde zu den Cortisolkonzentrationen bei PTSD-Klientinnen im Sinne einer psychogenen Veränderung der *HPA*-Achse. Sie fanden in Abhängigkeit von den Dissoziationswerten gegenläufige Reaktionen auf psychotherapeutische Behandlung, wobei sich Klientinnen mit hoher Dissoziationsneigung durch Absenkung der Cortisolkonzentrationen auszeichneten. In der Studie von Neylan et al. (2005) korrelierte das Vorliegen peritraumatischer Dissoziation mit niedrigen Morgencortisolkonzentrationen, nicht jedoch mit der Subpression nach Dexamethasongabe.

Neben Berichten über Dysregulationen der *HPA*-Achse gibt es einige, zum Teil jedoch widersprüchliche Hinweise auf Dysregulationen anderer

Neurotransmittersysteme (für eine Zusammenschau s. Kapfhammer, 2004): So ist bekannt, dass es bei prolongiertem Stresserleben zu einem reaktiven Abfall der Serotoninkonzentration kommt, der mit Depersonalisierung, Schlafstörungen und zum Teil sogar Halluzinationen einhergehen kann. Endogene Opiate, die bei der Synthese von ACTH entstehen, können bei hoher Konzentration zu Analgesie und psychomotorischer Erstarrung führen. Besonders hohe Rezeptordichten für Opiate bestehen in der Amygdala, wo diese die noradrenergisch vermittelten Panikaffekte reduzieren können. Bei hohen Opiatkonzentrationen kann es jedoch vermutlich zu Diskonnektionen im Amygdala-Hippocampussystem kommen.

Eine besondere Stellung nehmen die Dysregulationen im glutamatergen System ein: Während hohe Noradrenalin-Konzentrationen (erzeugt über Yohimbin-Injektionen) lediglich bei klinischen Populationen, z.B. PTSD-Klientinnen, eine dissoziative Symptomatik auslösen können, lässt sich dies mit hohen Glutamatkonzentrationen (erzeugt über Ketamin-Injektionen) auch bei gesunden Probandinnen bewirken. Es wird vermutet, dass es bei prolongiertem Stress zu über Glutamat vermittelten Einschränkungen in der Funktion des Hippocampus kommen kann.

Sachse (2004) greift in seiner Konzeption der Dissoziation auf das Emotionsmodell von Panksepp (1998) zurück. Dieser postulierte zwei *Stress*-Systeme: das Furchtsystem und das Paniksystem. Während das Furchtsystem über die Aktivierung von Amygdala, Locus coeruleus und HPA-Achse zu einer Aktivierung des Organismus als Vorbereitung auf eine Kampf- oder Fluchtreaktion führt, ist das Paniksystem parasympathikoton geprägt. Dieses wird vermittelt über Aktivierung von lateralem Septum, Gyrus cinguli und periaquäductalem Grau. Es wird durch Glutamat erregt und durch endogene Opiate sowie das „Bindungshormon“ Oxytocin gehemmt. Sachse geht davon aus, dass einer Dissoziation zumeist eine Angstreaktion vorausgeht. Er vermutet, dass der normale Prozess zunächst zu einem Anstieg der Catecholamin- und Glutamatausschüttung sowie zu einer Erregung der HPA-Achse führt. Dies schlägt sich in einem sympathikotonen Zustand mit hoher Herzrate und Hautleitfähigkeit nieder. Hält der Stressor an, dann erfolgt – vermutlich vermittelt über die Registrierung des

Hypermetabolismus durch die dorsale Medulla oblongata sowie die Glutamatausschüttung - eine Umschaltung auf die dissoziative Notfallreaktion. Der Parasympathikus wird aktiviert und die Ausschüttung endogener Opiate steigt an. Dies führt zu einer Absenkung der Herzrate bei gleich bleibend hoher Catecholaminkonzentration. Der Organismus befindet sich nun in einem Zustand, der sowohl von hoher Sympathikus- als auch hoher Parasympathikusaktivierung geprägt ist. Sachse vermutet, dass die Aktivierung der dissoziativen Notfallreaktion während des Traumas sehr schnell konditioniert wird und sich als habituelle Dissoziationsneigung im Rahmen posttraumatischer Störungen niederschlägt.

Andere Autoren vermuten, dass habituelle Dissoziationsneigung auch auf eine Dysregulation des Neuropeptid Y (NPY) zurückzuführen ist. Neuropeptid Y ist ein 36-Aminosäurenpeptid, das eine wichtige Rolle in der Stressreaktion spielt. Es wird vom Locus coeruleus, der Amygdala, dem Hippocampus und dem periaquäduktalen Grau ausgeschüttet. Peripher ist es in sympathischen Neuronen mit Norepinephrin colokalisiert. Extraneurales NPY inhibiert die Ausschüttung von Norepinephrin aus sympathischen Neuronen. Von Neuronenpopulationen im zentralen Kern der Amygdala, der essentiell an Angstkonditionierung und Stressreaktion beteiligt ist, werden sowohl NPY als auch CRF ausgeschüttet. Tierversuche haben gezeigt, dass CRF einen anxiogenen Effekt hat, während NPY anxiolytisch wirkt. Anzunehmen wäre also, dass NPY-Defizite zu einer stärkeren Angstreaktion, NPY-Erhöhen jedoch zu weniger Stress induzierter Belastung führen sollten. Die Untersuchung von Rasmusson et al. (2000) lieferte erste Hinweise darauf, dass dieses Modell auch auf die menschliche Stressreaktion bzw. deren pathologische Veränderung zu übertragen ist: Rasmusson und Kollegen fanden bei Vietnamveteranen mit PTSD niedrige baseline NPY-Werte im Blutplasma sowie eine verminderte Ausschüttung von NPY nach Yohimbinjektion. Die NPY-Werte waren negativ korreliert mit Exposition zu Kampfhandlungen, d.h. diejenigen, die besonders häufig in Kampfhandlungen involviert waren, zeigten besonders niedrige NPY-Werte. Niedrige *baseline* NPY-Werte waren zudem assoziiert mit einer stärkeren Blutdruckzunahme unter Yohimbingabe. Die stressinduzierte NPY-

Ausschüttung war positiv korreliert mit mentaler Klarheit und Wachheit sowie negativ korreliert mit Dissoziationsscores. Morgan et al. (2001) untersuchten die Zusammenhänge zwischen Catecholaminen, Cortisol und NPY: Bei allen Versuchspersonen fand sich unter Stress eine robuste Zunahme von Catecholaminen und Cortisol im Blutplasma. Die stressinduzierte Ausschüttung von NPY korrelierte positiv mit Cortisol und Norepinephrin. Die Cortisolausschüttungklärte 42 Prozent der Varianz der NPY-Ausschüttung unter Stress sowie 22 Prozent der Varianz der Dissoziationswerte auf. Die Kovariation von Cortisol und NPY ähnelt der in der Amygdala gefundenen Covariation von CRF und NPY. Die Autoren vermuten deshalb, dass es Unterschiede in der zentralen Interaktion von CRF und NPY geben muss, da sowohl Cortisol als auch NPY signifikant mit den Dissoziationswerten korrelierten. Möglicherweise führt also eine zentrale Ausschüttung von CRF zu einer parallelen Ausschüttung von NPY, und diese führt über seine anxiolytische Wirkung zu der beobachteten negativen Korrelation von Dissoziation mit Cortisol und NPY.

Morgan et al.(2002) konnten in einer zweiten Studie ihre Ergebnisse replizieren: Sie fanden wiederum eine erhöhte Ausschüttung von NPY und Cortisol unter Stress. Personen mit hohen Dissoziationswerten zeigten eine niedrigere Ausschüttung von NPY. Rattenversuche mit wiederholter Stressexposition hatten gezeigt, dass diese zu einer Abnahme der Baseline-Konzentration von NPY führte. Deshalb kamen Morgan et al. zu der Hypothese, dass möglicherweise nicht die Entwicklung einer PTSD, sondern die Traumaexposition selbst mit den NPY-Werten korrelieren könnte. Sie fanden in einer weiteren Studie (C. A. Morgan et al., 2003) keine Beziehung zwischen NPY-Werten und PTSD-Symptomen, wohl aber zwischen NPY und Traumaexposition bzw. der Anzahl der Traumaexpositionen. Sie argumentieren, dass dies ein Indikator für eine Anpassung des Organismus an wiederholten Stress darstellen könnte. Dies passt zu den Befunden von Sack und Lamprecht (2005, s.o.), in deren Studie das Vorliegen des dissoziativen Subtypus der PTSD mit multiplen Traumatisierungen korreliert war. Auch Yehuda, Brand und Yang (2006) fanden diesen Zusammenhang zwischen Exposition und NPY. In ihrer Studie wiesen Veteranen ohne PTSD,

aber mit Kampferfahrung, ähnlich niedrige NPY-Werte auf wie ihre Kameraden mit PTSD. Die NPY-Konzentrationen korrelierten negativ mit Kampferfahrung und positiv mit Symptomverbesserungen. Die Autorinnen interpretieren deshalb, dass Plasma-NPY ein biologisches Korrelat der Stressresilienz sein könnte.

Held, Antonijevic, Murck, Kuenzel und Steiger (2006) vermuten, dass NPY einen CRH-antagonistischen Effekt sowie einen GABA_A-agonistischen bzw. Benzodiazepin-ähnlichen Effekt hat. Sie untersuchten die Auswirkung von NPY-Injektionen auf das Schlafverhalten und die Aktivität der HPA-Achse. Sie fanden eine Verkürzung der Einschlafzeit und Verringerung der Wachzeiten als Reaktion auf NPY, nicht aber eine Veränderung der Konzentrationen von ACTH und Cortisol. Dies steht im Widerspruch zu ihrer vorherigen Studie, bei der sie nach NPY-Injektion eine verringerte Aktivierung der HPA-Achse mit niedrigeren ACTH und Cortisolwerten fanden. Die Veränderungen des Schlafverhaltens konvergieren jedoch gut mit den klinischen Symptomen bei PTSD und dissoziativen Störungen.

6.2.3.6 Hypothese für die Ätiologie der Sekundären Traumatisierung

Aus den oben dargestellten Ergebnissen ließe sich also folgende Ätiologiehypothese für die Sekundäre Traumatisierung ableiten:

Auf Grund der intensiven emotionalen Beteiligung kommt es bei den Therapeutinnen zu einer peritraumatischen Dissoziation. Diese bedingt den Ausfall der Selbst-Fremd-Differenzierung sowie eine Enkodierung der Traumbeschreibungen ohne Kontextinformationen. Diese Verarbeitung bedingt die Intrusionsentstehung und das Erleben aktueller Bedrohung.

6.2.4 Zusammenfassung der Hypothesen

Auch wenn die neurobiologischen Korrelate der Dissoziation noch nicht gänzlich geklärt sind, so kann man doch hypothetisieren, dass die Verarbeitung von Informationen auf Seiten der Therapeutin während eines dissoziativen Zustandes anders abläuft als bei einem mittleren Erregungszustand. Wie die Interviewdaten zeigen, berichten Therapeutinnen sowohl von Intrusionen, bei denen sie in der Rolle der hilflosen Zuschauerin

stecken, als auch von eigenem Angst- und Bedrohungserleben. Es ist also anzunehmen, dass zumindest in einigen Fällen während der Enkodierung des Traumamaterials der Klientin das Selbsterleben der Therapeutin eingeschränkt war. Dies ist ein klassisches dissoziatives Symptom. Man kann also die Hypothese aufstellen, dass das Ausmaß der erlebten Dissoziation über die Form der folgenden sekundärtraumatischen Symptome entscheidet: Erlebt die Therapeutin lediglich eine emotionale Dämpfung, so wird sie sich später in Intrusionen eher als hilflose Zuschauerin erleben. Geht die Dissoziation so weit, dass es zu einer Depersonalisierung kommt, bei der die Therapeutin selbst den Bezug zum *Hier-und-Jetzt* sowie zum eigenen körperlichen Erleben verliert, so wird sie später unter nicht zuordbaren Angst- und Bedrohungsgefühlen leiden. In beiden Fällen ist die physiologische Reaktion der therapeutischen Situation nicht angemessen, sondern durch den Verlust der *Hier-und-Jetzt*-Perspektive und der Selbst-Fremd-Differenzierung verursacht.

Es wäre möglich, dass als Auslöser der peritraumatischen Dissoziation *kindling* zum Tragen kommt: In den empirischen Studien findet sich einheitlich eine signifikante Korrelation der kumulativen Exposition mit der Symptombelastung. Diese Korrelation könnte durch *kindling* erklärbar sein: Diejenigen Therapeutinnen, die viel mit traumatisierten Klientinnen arbeiten, sind – vermittelt über die Spiegelneurone – unterschwelligen intermittierenden Amygdalastimulationen ausgesetzt. In der Folge kommt es zu einer Sensibilisierung der Amygdala, die in einem erhöhten Erregungsniveau resultiert, welches wiederum eine peritraumatische Dissoziation bedingt.

Die Alternativerklärung wäre, dass *kindling* in diesem Prozess nicht auslösend ist, sondern nur die Symptomatik in Richtung einer als aktuell erlebten Bedrohung beeinflusst. Auslösend könnte stattdessen auch die wahrgenommene Ähnlichkeit mit der Klientin sein, die zu einer übermäßigen Identifikation führt, sodass Selbst- und Fremderleben vermischt werden.

Kommt es zu einer peritraumatischen Dissoziation, so wird die interne Simulation durch die Spiegelneurone nicht durch die Differenzierung in Selbst- vs. Fremderleben gehemmt. Dies könnte einen Verlust der Selbstperspektive während der Enkodierung auslösen, welcher dazu führt,

dass das Traumamaterial ohne die entsprechenden Kontextinformationen abgespeichert wird. Dies könnte in jener Symptomatik resultieren, die die beiden oben dargelegten Studien beschreiben: Intrusionen, Hyperarousal und parapsychotisches Bedrohungserleben.

7 Zusammenfassung

In den letzten Jahren lässt sich ein wachsendes Interesse an den negativen Auswirkungen der traumatherapeutischen Arbeit auf die Therapeutinnen konstatieren. Dieses schlägt sich bisher aber nicht in einem ausgeprägten wissenschaftlichen Forschungsinteresse nieder. Bislang liegen nur zwei Theorieansätze zur Erklärung des Phänomens *Sekundäre Traumatisierung* vor. Diese generierten zwar eine Fülle von Hypothesen zur Entstehung und Beeinflussung der Sekundären Traumatisierung, deren Ableitung bleibt jedoch oft uneindeutig, und auch die empirische Überprüfung dieser Hypothesen ist bisher unzureichend. Die bis dato durchgeführten Studien kamen, zum Teil auf Grund von methodischen Schwierigkeiten, zu sehr divergenten Ergebnissen. Es schien geboten, hier mit einer explorativen Studie das, durch die frühen Festlegungen der Theoretikerinnen sowie die daraus entstandenen methodischen Schwierigkeiten, eingeengte Feld neu auszuloten.

Nach der Gegenüberstellung der Theorieansätze zur Sekundären Traumatisierung wurde deshalb eine explorative Triangulationsstudie vorgestellt. Diese setzt sich zusammen aus einer qualitativen Interviewstudie und einer quantitativen Fragebogenstudie.

Es erschien notwendig, zunächst einen Schritt zurück zu den *Expertinnen im Feld* zu machen, um abschätzen zu können, ob die beschriebenen Symptome überhaupt in Inhalt und Intensität den posttraumatischen Symptomen gleichzustellen sind. Die bisher veröffentlichten empirischen Untersuchungen bedienten sich quantitativer Instrumente, die lediglich auf theoretischen Überlegungen basieren. Ob die beschriebenen Symptome wirklich eine klinische Beeinträchtigung darstellen, wurde bisher nicht überprüft. Die vorliegende Interviewstudie bestätigt jedoch die Annahme, dass in der therapeutischen Situation eine vermittelte, sekundäre Traumatisierung möglich ist. Die geführten Interviews resultierten in einer Ergänzung des Interviewleitfadens um Symptome, die in den bis dato publizierten Studien nicht erhoben wurden. Diese neu konstruierten Symptomkategorien wurden in die anschließende Fragebogenstudie aufgenommen, um ihre Relevanz und Prävalenz abzuschätzen. Dazu wurde

zunächst auf der Basis der wissenschaftlichen Literatur sowie den Ergebnissen der Interviewstudie ein Fragebogen konstruiert mit dem Ziel, ein auch in der Praxis einsetzbares Diagnoseinstrument zur Verfügung zu stellen. Die quantitative Untersuchung, die als Onlinestudie durchgeführt wurde, diente somit auch der Evaluation dieses neuen Diagnostikums. Deswegen ist es erfreulich, dass mit 1124 Personen eine besonders umfangreiche Stichprobe untersucht werden konnte, sodass die entwickelten Kriteriumswerte zur Diagnosestellung trotz der verwandten explorativen Verfahren vertretbar sind.

Die quantitative Untersuchung bestätigte im Wesentlichen die Ergebnisse der Interviewstudie: Tatsächlich finden sich in der untersuchten Stichprobe traumaspezifische Symptome wie Intrusionen, Vermeidungsverhalten und Hyperarousal. Darüber hinaus treten jedoch weitere Symptome auf, die in den bisher publizierten Studien nicht untersucht wurden. Diese decken sich nur teilweise mit den komorbiden Störungen der posttraumatischen Belastungsstörung. Überraschend war dabei, dass beide Studien hinsichtlich der Bildung zweier neuer Symptomkategorien konvergieren. Diese umfassen Entgrenzungssymptome und parapsychotisches Bedrohungserleben.

Die quantitative Studie wurde als retrospektive Erhebung angelegt, um erstmalig die Inzidenz der Sekundären Traumatisierung empirisch abzuschätzen. In der untersuchten Stichprobe wurden 29,1 Prozent der Befragten als *sekundärtraumatisiert* diagnostiziert. Dies deutet daraufhin, dass es sich bei der Sekundären Traumatisierung um eine relevante arbeitsbedingte Belastung handelt.

Das Auftreten traumaspezifischer Symptome in der untersuchten Population überrascht, zeichnet die Arbeitssituation der Behandelnden sich doch eigentlich durch ein strukturiertes Setting, Vorhersehbarkeit und Kontrollierbarkeit aus. Dies stellt eine Anomalie der Theorie der Traumastörung dar, da die Auslösesituation nicht durch eine akute Bedrohung charakterisiert ist.

Die Fragebogenstudie liefert jedoch erste Hinweise darauf, dass die Behandelnden dennoch häufig intensive Emotionen von Angst und Entsetzen oder starke Hilflosigkeit erleben. Einige Interviews wiesen zudem daraufhin, dass die Behandelnden während der Exposition in einen Zustand geraten,

welcher der peritraumatischen Dissoziation primärer Traumaopfer vergleichbar zu sein scheint. Die quantitative Fragebogenstudie bestätigte, dass diese Art der Verarbeitung häufig auftritt und mit der Schwere der Symptombelastung korreliert. Diese Ergebnisse weisen daraufhin, dass nicht nur die Symptomatik der Sekundären Traumatisierung einen Vergleich mit der posttraumatischen Belastungsstörung nahelegt, sondern die beiden Phänomene sich auch hinsichtlich ihrer Ätiologie ähneln. Zu fragen ist dann jedoch, auf welchem Wege die Behandelnden im Rahmen ihrer Arbeit traumatisiert werden. Deshalb wurden Thesen zu einer möglichen Anbindung der empirischen Ergebnisse an die bestehende Grundlagenforschung entwickelt. Da diese Thesen über die Aussagefähigkeit der in dieser Studie berichteten Daten weit hinausreichen, müssen sie notwendigerweise vorläufig bleiben. Der Forschungsstand in den Bereichen *Empathie*, *Kindling* und *Dissoziation* wurde überblicksartig beschrieben und der heuristische Beitrag dieser Forschungsfelder zur Entwicklung einer Theorie der Sekundären Traumatisierung erläutert. Dabei wurde hypothetisiert, dass die Therapeutin - möglicherweise vermittelt auf der Basis einer internen Simulation durch die Spiegelneurone - eine *empathische Ansteckung* mit den Emotionen der Klientin erlebt. Passiert dies häufig, so könnte es eine Sensibilisierung der Amygdala, das sogenannte *kindling*, nach sich ziehen. Die Sensibilisierung der Amygdala wiederum könnte erklären, warum die Therapeutinnen in einem Ausmaß Emotionen von Angst, Entsetzen und Hilflosigkeit erleben, das der äußeren Situation während einer Therapiestunde nicht angemessen ist. Dieses intensive Emotionserleben wiederum könnte bei den Therapeutinnen eine peritraumatische Dissoziation auslösen, sodass das von der Klientin berichtete Traumamaterial ohne Kontextinformationen enkodiert wird. Die veränderte Enkodierung während des Traumas wird zurzeit als wesentlicher Ätiologiefaktor der primären posttraumatischen Belastungsstörung diskutiert. In diesem Sinne ließen sich die bei den Therapeutinnen auftretenden posttraumatischen Symptome entsprechend erklären. Somit würde die sekundäre Traumatisierung nicht länger eine Anomalie der Theorie der Traumastörung darstellen.

8 Literaturverzeichnis

- Addis, M. E., & Carpenter, K. M. (1999). Why, why, why?: Reason-giving and rumination as predictors of response to activation- and insight-oriented treatment rationales. *Journal of Clinical Psychology*, *55*(7), 881-894.
- Adolphs, R. (1999). Social cognition and the human brain. *Trends in Cognitive Sciences*, *3*, 469-479.
- Adolphs, R. (2002). Recognizing emotion from facial expressions: psychological and neurological mechanisms. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, *1*(1), 21-61.
- Adolphs, R., Damasio, H., Tranel, D., Cooper, G., & Damasio, A. R. (2000). A role for somatosensory cortices in the visual recognition of emotion as revealed by three-dimensional lesion mapping. *Journal of Neuroscience*, *20*, 2683-2690.
- Adolphs, R., Tranel, D., & Damasio, A. R. (2003). Dissociable neural systems for recognizing emotions. *Brain and Cognition*, *52*, 61-69.
- Ahern, J., Galea, S., Resnick, H. S., Kilpatrick, D., Bucuvalas, M., Gold, J., et al. (2002). Television images and psychological symptoms after the September 11 terrorist attack. *Psychiatry*, *65*(4), 289-300.
- Amdur, R. L., & Liberzon, I. (2001). The structure of posttraumatic stress disorder symptoms in combat veterans: a confirmatory factor analysis of the impact of event scale. *Journal of Anxiety Disorders*, *15*(4), 345-357.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Text Revision, Fourth ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anderson, M. C., Ochsner, K. N., Kuhl, B., Cooper, J., Robertson, E., Gabrieli, J. D. E., et al. (2004). Neural systems underlying the suppression of unwanted memories. *Science*, *303*, 232-235.
- Andreatta, M. P. (2006). *Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses durch Traumata*. Kröning: Asanger.
- Andreski, P., Chilcoat, H., & Breslau, N. (1998). Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms: A prospective study. *Psychiatry Research*, *79*(2), 131-138.
- Andrews, L., Shevlin, M., Troop, N., & Joseph, S. (2004). Multidimensionality of intrusion and avoidance: Alternative factor models of the Impact of Event Scale. *Personality and Individual Differences*, *36*(4), 446.
- AntaresFoundation. (2005). *Managing stress in humanitarian workers - Guidelines for good practice*. Retrieved 20.04., 2005, from www.antareshfoundation.org
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., & Weiber, R. (2000). *Multivariate Analysemethoden*. Berlin: Springer.
- Barlow, J. H., & Wright, C. C. (1998). Dimensions of the Center of Epidemiological Studies-Depression Scale for people with arthritis from the UK. *Psychological Reports*, *83*(3, Pt 1), 915-919.
- Birck, A. (2001). Secondary Traumatization and Burnout in professionals working with torture survivors. *Traumatology*, *7*(2), 1-4.

- Blakemore, S. J., Oakley, D. A., & Frith, C. D. (2003). Delusions of alien control in the normal brain. *Neuropsychologia*, *41*, 1058-1067.
- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Barton, K. A., Taylor, A. E., Loos, W. R., & Jones-Alexander, J. (1996). One year prospective follow-up of motor vehicle accident victims. *Behaviour Research and Therapy*, *34*, 775-786.
- Blanke, O., Landis, T., Spinelli, L., & Seek, M. (2004). Out-of-body experience and autoscapy of neurological origin. *Brain*, *127*, 243-258.
- Blanke, O., Ortigue, S., Landis, T., & Seek, M. (2002). Stimulating illusory own-body perceptions. *Nature*, *419*, 269-270.
- Bob, P., Susta, M., Pavlat, J., Hynek, K., & Raboch, J. (2005). Depression, traumatic dissociation and epileptic-like phenomena. *Neuroendocrinology Letters*, *26*(4), 321-325.
- Boos, A. (2005). *Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung. Ein Therapiemanual*. Göttingen: Hogrefe.
- Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Bortz, J., Lienert, G. A., & Boehnke, K. (2000). *Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik*. Berlin: Springer.
- Bradley, R., Green, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, *162*, 214-227.
- Brandt, C., Brechtelsbauer, D., Bien, C. G., & Reiners, K. (2005). "Out-of-body experience" als mögliches Anfallssymptom bei einem Patienten mit rechtsparietaler Läsion. *Nervenarzt*, *76*, 1259-1262.
- Bremner, J. D., Staib, L., Kaloupek, D., Southwick, S. M., Soufer, R., & Charney, D. S. (1999). Neural correlates of exposure to traumatic pictures and sound in Vietnam combat veterans with and without posttraumatic stress disorder: a positron emission tomography study. *Biological Psychiatry*, *45*, 806-816.
- Breslau, N., Chase, G. A., & Anthony, J. C. (2002). "A second look at comorbidity in victims of trauma: The posttraumatic stress disorder-major depression connection": Reply. *Psychological Medicine*, *32*(8), 1480-1483.
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, *48*(3), 216-222.
- Breslau, N., Davis, G. C., Peterson, E. L., & Schultz, L. R. (2000). A second look at comorbidity in victims of trauma: the posttraumatic stress disorder-major depression connection. *Biological Psychiatry*, *48*(9), 902-909.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*(5), 748-766.
- Brewin, C. R., Christodoulides, J., & Hutchinson, G. (1996). Intrusive thoughts and intrusive memories in a nonclinical sample. *COGNITION AND EMOTION*, *10*(1), 107-112.
- Brewin, C. R., Dagleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, *103*(4), 670-686.

- Brewin, C. R., & Saunders, J. (2001). The effect of dissociation at encoding on intrusive memories for a stressful film. *British Journal of Medical Psychology, 74*, 467-472.
- Briere, J. (2006). Dissociative symptoms and trauma exposure: specificity, affect dysregulation, and posttraumatic stress. *Journal of Nervous and Mental Disease, 194*(2), 78-82.
- Briere, J., Scott, C., & Weathers, F. (2005). Peritraumatic and persistent dissociation in the presumed etiology of PTSD. *American Journal of Psychiatry, 162*, 2295-2301.
- Brown, P. J., Stout, R. L., & Mueller, T. (1999). Substance use disorder and posttraumatic stress disorder comorbidity: addiction and psychiatric treatment rates. *Psychology of Addictive Behaviors, 13*(2), 115-122.
- Brunet, A., Weiss, D. S., Metzler, T. J., Best, S. R., Neylan, T. C., Rogers, C., et al. (2001). The peritraumatic distress inventory: a proposed measure of PTSD criterion A2. *American Journal of Psychiatry, 158*(9), 1480-1485.
- Bryant, R. A. (2003). Acute stress reactions: can biological responses predict posttraumatic stress disorder? *CNS Spectrums, 8*(9), 668-674.
- Bryant, R. A., Felmingham, K. L., Kemp, A. H., Barton, M., Peduto, A. S., Rennie, C., et al. (2005). Neural networks of information processing in posttraumatic stress disorder: a functional magnetic imaging study. *Biological Psychiatry, 58*(2), 111-118.
- Buccino, G., Binkofski, F., Fink, G. R., Fadiga, L., Fogassi, L., Gallese, V., et al. (2001). Action observation activates premotor and parietal areas in a somatotopic manner: an fMRI study. *European Journal of Neuroscience, 13*, 400-404.
- Bühner, M. (2004). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion*. München: Pearson Education.
- Bünning, S., & Blanke, O. (2005). The out-of-body experience: precipitating factors and neural correlates. In S. Laureys (Ed.), *Progress in Brain Research, Vol 150*. Amsterdam: Elsevier B.V.
- Butler, R. W., Mueser, K. T., Sprock, J., & Braff, D. L. (1996). Positive symptoms of psychosis in posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry, 39*, 839-844.
- Candel, I., & Merckelbach, H. (2004). Peritraumatic dissociation as a predictor of post-traumatic stress disorder: a critical review. *Comprehensive Psychiatry, 45*(1), 44-50.
- Carlier, I. V., & Gersons, B. P. (1995). Partial posttraumatic stress disorder (PTSD): the issue of psychological scars and the occurrence of PTSD symptoms. *Journal of Nervous and Mental Disease, 183*, 107-109.
- Carr, L., Iacoboni, M., Dubeau, M.-C., Mazziotta, J. C., & Lenzi, G. L. (2003). Neural mechanisms of empathy in humans: a relay from neural systems for imitation to limbic areas. *PNAS, 100*(9), 5497-5502.
- Chartrand, T. L., & Bargh, J. A. (1999). The chameleon effect: the perception-behavior link and social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology, 76*, 893-910.
- Cialdini, R. B., Brown, S. L., Lewis, B. P., Luce, C., & Neuberg, S. L. (1997). Reinterpreting the empathy-altruism relationship: when one into one equals oneness. *Journal of Personality and Social Psychology, 73*, 481-494.

- Cierpka, M., Orlinsky, D., Kächele, H., & Buchheim, P. (1997). Studien über Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. *Psychotherapeut*, 42, 269-281.
- Clark, D. A. (2002). Unwanted mental intrusions in clinical disorders: an introduction. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 16(2), 123-126.
- Condon, W. S., & Ogston, W. D. (1966). Sound film analysis of normal and pathological behavioral patterns. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 143, 338-347.
- Constans, J. I., Vasterling, J. J., McCloskey, M. S., Brailey, K., & Mathews, A. (2004). Suppression of attentional bias in PTSD. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(2), 315-323.
- Conway, M. A., & Pleydell-Pearce, C. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 107(2), 261-288.
- Conway, M. A., Pleydell-Pearce, C., Whitecross, S. E., & Sharpe, H. (2003). Neurophysiological correlates of memory for experienced and imagined events. *Neuropsychologia*, 41, 334-340.
- Creamer, M., Burgess, P., & McFarlane, A. C. (2001). Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological Medicine*, 31(7), 1237-1247.
- Damasio, A. R. (1999). *The feeling of what happens: body and emotion in the making of consciousness*. New York: Harcourt Brace.
- Daniels, J. (2003). *Sekundäre Traumatisierung - kritische Prüfung eines Konstruktes anhand einer explorativen Studie*. Unpublished manuscript, Universität Bielefeld.
- Dapretto, M., Davies, M. S., Pfeifer, J. H., Scott, A. A., Sigman, M., Bookheimer, S. Y., et al. (2005). *Understanding emotions in others: mirror neuron dysfunction in children with autism spectrum disorders*. Retrieved 08.12., 2005, from www.nature.com/neuro.
- Davis, M. H. (1980). Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 113-126.
- Davis, M. R. (1985). Perceptual and affective reverberation components. In A. B. Goldstein & G. Y. Michaels (Eds.), *Empathy: development, training, and consequences* (pp. 62-108). Hillsdale: Erlbaum.
- de Silva, P., & Marks, M. (1999). Intrusive thinking in posttraumatic stress disorder. In W. Yule (Ed.), *Posttraumatic stress disorders: concepts and therapy*. Chichester: John Wiley and Sons.
- Decety, J., & Chaminade, T. (2003). Neural correlates of feeling sympathy. *Neuropsychologia*, 41, 127-138.
- Decety, J., Grezes, J., Costes, N., Perani, D., Jeannerod, M., Procyk, E., et al. (1997). Brain activity during observation of actions. Influence of action content and subject's strategy. *Brain*, 120, 1763-1777.
- Decety, J., & Sommerville, J. A. (2003). Shared representations between self and other: a social cognitive neuroscience view. *Trends in Cognitive Sciences*, 7(12), 527-533.
- Dekel, R., & Solomon, Z. (2006). Secondary traumatization among wives of Israeli POWs: the role of POWs' distress. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 27-33.

- DePrince, A. P., Chu, A., & Visvanathan, P. (2006). Dissociation and posttraumatic stress disorder (PTSD). *PTSD Research Quarterly*, 17(1), 1-8.
- DiMascio, A., Boyd, R. W., & Greenblatt, M. (1957). Physiological correlates of tension and antagonism during psychotherapy: a study of "interpersonal physiology". *Psychosomatic Medicine*, 19, 99-104.
- Dimberg, U., Thunberg, M., & Elmehed, K. (2000). Unconscious facial reactions to emotional facial expressions. *Psychological Science*, 11, 86-89.
- Dirkzwager, A. J. E., Bramsen, I., Ader, H., & Van der Ploeg, H. M. (2005). Secondary traumatization in partners and parents of dutch peacekeeping soldiers. *Journal of Family Psychology*, 19(2), 217-226.
- Dougall, A. L., Craig, K., & Baum, A. S. (1999). Assessment of characteristics of intrusive thoughts and their impact on distress among victims of traumatic events. *Psychosomatic Medicine*, 61, 38-48.
- Driessen, M., Beblo, T., Reddemann, L., Rau, H., Lange, W., Silva, A., et al. (2002). Ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine komplexe posttraumatische Störung? *Nervenarzt*, 73, 820-829.
- Dunmore, E., Clark, D. A., & Ehlers, A. (2001). A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1063-1084.
- Dutton, M. A., & Rubinstein, F. L. (1995). Working with people with PTSD: research implications. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion Fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 82-99). New York: Brunner/Mazel.
- Eckhardt-Henn, A. (2004). Dissoziative Störungen des Bewusstseins. *Psychotherapeut*, 49, 55-66.
- Eckhardt-Henn, A., & Hoffmann, S.-O. (Eds.). (2004). *Dissoziative Bewusstseinsstörungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research & Therapy*, 38(4), 319-345.
- Ehlers, A., Hackmann, A., & Michael, T. (2004). Intrusive re-experiencing in post-traumatic stress disorder: phenomenology, theory, and therapy. *Memory*, 12(4), 403-415.
- Ehlers, A., & Steil, R. (1995). Maintenance of intrusive memories in posttraumatic stress disorder: a cognitive approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 217-249.
- Ehring, T. (2004). *Psychological consequences of road traffic accidents: the prediction of PTSD, phobias and depression*. University of London, King's College London.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Murphy, B., Karbon, M., Maszk, P., & Smith, M. (1994). The relations of emotionality and regulation to dispositional and situational empathy-related responding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 776-797.
- Eriksson, C. B., Vande Kemp, H., Gorsuch, R., Hoke, S., & Foy, D. W. (2001). Trauma exposure and PTSD symptoms in international relief and development personnel. *Journal of Traumatic Stress*, 14(1), 205-212.

- Falsetti, S. A., Monnier, J., Davis, J. L., & Resnick, H. S. (2002). Intrusive thoughts in posttraumatic stress disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 16(2), 127-143.
- Fauth, J. (2006). Toward more (and better) countertransference research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(1), 16-31.
- Fenigstein, A., & Abrams, D. (1993). Self-attention and the egocentric assumption of shared perspectives. *Journal of Experimental Social Psychology*, 29, 287-303.
- Figley, C. R. E. (1995). *Compassion Fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel.
- Figley, C. R. E. (2002). *Treating compassion fatigue*. New York: Brunner-Routledge.
- Fisseni, H. J. (1997). *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik*. Göttingen: Hogrefe.
- Flick, U. (2004). *Triangulation - Eine Einführung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape. Cognitive-behavior therapy for PTSD*. New York: Guilford.
- Förstl, H. (2005). *Frontalhirn. Funktionen und Erkrankungen*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Freyberger, H. J., & Spitzer, C. (2005). Dissoziative Störungen. *Der Nervenarzt*, 76, 893-900.
- Fullerton, C. S., Ursano, R. J., & Wang, L. (2004). Acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in disaster or rescue workers. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1370-1376.
- Gallagher, H. L., & Frith, C. D. (2003). Functional imaging of "theory of mind". *Trends in Cognitive Sciences*, 7(2), 77-83.
- Gallese, V. (2003). The roots of empathy: the shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity. *Psychopathology*, 36, 171-180.
- Gallese, V. (2004). *Intentional attunement. The mirror neuron system and its role in interpersonal relations*. Unpublished manuscript.
- Gallese, V. (2005). *Mirror neurons and intentional attunement: a commentary on David Olds*. Retrieved 20.11., 2005, from www.unip.it/arpa/mirror/english/staff/gallese.htm
- Gallese, V., Fadiga, L., Fogassi, L., & Rizzolatti, G. (1996). Action recognition in the premotor cortex. *Brain*, 119, 359-609.
- Giesbrecht, T., & Merkelbach, H. (2005). Über die kausale Beziehung zwischen Dissoziation und Trauma. *Der Nervenarzt*, 76, 20-27.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine Pub.
- Goddard, G. V., McIntyre, D. C., & Leech, C. K. (1969). A permanent change in brain function resulting from daily electrical stimulation. *Experimental Neurology*, 25, 294-330.
- Griffin, M. G., Resick, P. A., & Mechanic, M. B. (1997). Objective assessment of peritraumatic dissociation: psychophysiological indicators. *American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1081-1088.

- Gruen, R. J., & Mendelsohn, G. (1986). Emotional responses to affective displays in others: the distinction between empathy and sympathy. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*, 609-614.
- Gurris, N. F. (2002). Überlegungen zur stellvertretenden Traumatisierung bei Therapeuten in der Behandlung von Folterüberlebenden. *Psychotraumatologie (Online-Zeitschrift)*, *3*(45).
- Hackmann, A., & Holmes, E. A. (2004). Reflecting on imagery: a clinical perspective and overview of the special issue of *Memory* on mental imagery and memory in psychopathology. *Memory*, *12*(4), 389-402.
- Hariri, A. R., Mattay, V. S., Tessitore, A., Fera, F., & Weinberger, D. R. (2003). Neocortical modulation of the amygdala response to fearful stimuli. *Biological Psychiatry*, *53*, 494-501.
- Hassenstab, J., Dziobek, I., Rogers, K., Wolf, O., & Convit, A. (in press). Being a psychotherapist: is empathy part of the mix?
- Hatfield, E., Cacioppo, J. T., & Rapson, R. L. (1994). *Emotional contagion: studies in emotion and social interaction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Heidrich, S. (2004). *Sekundäre Traumatisierung bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten*. Unpublished manuscript, Universität Dresden.
- Heise, E. (2003). Auch einfühlsame Studenten sind Männer: Das generische Maskulinum und die mentale Repräsentation von Personen. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, *2*, 285-292.
- Held, K., Antonijevic, I., Murck, H., Kuenzel, H., & Steiger, A. (2006). Neuropeptide Y (NPY) shortens sleep latency but does not suppress ACTH and cortisol in depressed patients and normal controls. *Psychoneuroendocrinology*, *31*(1), 100-107.
- Höger, D., & Buschkämper, S. (2002). Der Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen. Ein alternativer Vorschlag zur Operationalisierung von Bindungsmustern mittels Fragebögen. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, *23*, 83-98.
- Holmes, E. A., Brewin, C. R., & Hennessy, R. G. (2004). Trauma films, information processing, and intrusive memory development. *Journal of Experimental Psychology: General*, *133*(1), 3-22.
- Holmes, E. A., Brown, R. J., Mansell, W., Fearon, R. P., Hunter, E. C. M., Frasquilho, F., et al. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychology Review*, *25*, 1-23.
- Holmes, E. A., Grey, N., & Young, K. A. D. (2005). Intrusive images and "hotspots" of trauma memories in posttraumatic stress disorder: an exploratory investigation of emotions and cognitive themes. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, *36*(1), 3-17.
- Holmes, E. A., & Steel, C. (2004). Schizotypy: a vulnerability factor for traumatic intrusions. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *192*(1), 28-34.
- Hsee, C. K., Hatfield, E., & Chemtob, C. (1991). Assessment of emotional states of others: conscious judgments versus emotional contagion. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *11*, 119-128.
- Huber, M. (2004). *Trauma und die Folgen*. Paderborn: Junfermann.

- Huntjens, R. J. C., Peters, M. L., Postma, A., Woertman, L., Eftting, M., & van der Hart, O. (2005). Transfer of newly acquired stimulus valence between identities in dissociative identity disorder (DID). *Behaviour Research and Therapy*, *43*, 243-255.
- Hutchinson, W. D., Davis, K. D., Lozano, A. M., Tasker, R. R., & Dostrovsky, J. O. (1999). Pain-related neurons in the human cingulate cortex. *Nature*, *2*, 403-405.
- Hynes, C. A., Baird, A. A., & Grafton, S. T. (2006). Differential role of the orbital frontal lobe in emotional versus cognitive perspective-taking. *Neuropsychologia*, *44*(3), 374-383.
- Iacoboni, M., Woods, R. P., Brass, M., Bekkering, H., Mazziotta, J. C., & Rizzolatti, G. (1999). Cortical mechanisms of human imitation. *Science*, *286*, 2526-2528.
- International Society for Traumatic Stress Studies. (2005). *Indirect traumatization in professionals working with trauma survivors*. Retrieved 04.05., 2005, from www.istss.org/terrorism/indirect_trauma.htm
- Jacobs, B. (2005, 10.2.2005). *Einige Berechnungsmöglichkeiten von Effektstärken*. Retrieved 11.07, 2006, from <http://www.phil.uni-sb.de/~jakobs/seminar/vpl/bedeutung/effektstaerketool.htm>
- Jacobsen, L. K., Southwick, S. M., & Kosten, T. R. (2001). Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: a review of the literature. *American Journal of Psychiatry*, *158*(8), 1184-1190.
- Janoff-Bulman, R. (1985). The aftermath of victimization: rebuilding shattered assumptions. In C. R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake* (pp. 15-35). New York: Brunner/Mazel.
- Janoff-Bulman, R. (1995). Victims of violence. In G. S. Everly & J. M. Lating (Eds.), *Psychotraumatology. Key papers and core concepts in post-traumatic stress* (pp. 73-86). New York: Plenum Press.
- Kadambi, M. A., & Ennis, L. (in press). Reconsidering vicarious trauma: a review of the literature and its limitations. *Journal of Trauma Practice*.
- Kadambi, M. A., & Truscott, D. (2003). Vicarious traumatization and burnout among therapists working with sex offenders. *Traumatology*, *9*(3), 216-230.
- Kadambi, M. A., & Truscott, D. (2004). Vicarious trauma among therapists working with sexual violence, cancer and general practice. *Canadian Journal of Counselling*, *38*(4), 260-276.
- Kapfhammer, H.-P. (2004). Dissoziation und Gedächtnis als Ergebnis neurobiologisch beschreibbarer Prozesse. In A. Eckhardt-Henn & S.-O. Hoffmann (Eds.), *Dissoziative Bewusstseinsstörungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Kassam-Adams, N. (2002). Die Risiken der Behandlung sexueller Traumata: Streß, sekundäre Traumatisierung bei Psychotherapeuten. In B. H. Stamm (Ed.), *Sekundäre Traumastörungen: Wie Kliniker, Forscher & Erzieher sich vor traumatischen Auswirkungen ihrer Arbeit schützen können* (pp. 66-74). Paderborn: Junfermann.
- Kellett, J., & Kokkinidis, L. (2004). Extinction deficit and fear reinstatement after electrical stimulation of the amygdala: implications for kindling-associated fear and anxiety. *Neuroscience*, *127*, 277-287.

- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060.
- Keysers, C., Wicker, B., Gazzola, V., Anton, J.-L., Fogassi, L., & Gallese, V. (2004). A touching sight: SII/PV activation during the observation and experience of touch. *Neuron*, 42(2), 335-346.
- Kocovski, N. L., Endler, N. S., Rector, N. A., & Flett, G. L. (2005). Ruminative coping and post-event processing in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 971-984.
- Krystal, J. H., Bremner, J. D., Southwick, S. M., & Charney, D. S. (1998). The emerging neurobiology of dissociation: Implications for treatment of posttraumatic stress disorder. In (pp. 321-355).
- Lamnek, S. (1995). *Qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz
- Lanius, R. A., Williamson, P. C., Boksman, K., Densmore, M., Gupta, M., Neufeld, R. W., et al. (2002). Brain activation during script-driven imagery induced dissociative responses in PTSD: a functional magnetic resonance imaging investigation. *Biological Psychiatry*, 52(4), 305-311.
- Lanius, R. A., Williamson, P. C., Densmore, M., Boksman, K., Neufeld, R. W., Gati, J. S., et al. (2004). The nature of traumatic memories: a 4-T fMRI functional connectivity analysis. *American Journal of Psychiatry*, 161(1), 36-44.
- Lanius, R. A., Williamson, P. C., Hopper, J., Densmore, M., Boksman, K., Gupta, M. A., et al. (2003). Recall of emotional states in posttraumatic stress disorder: an fMRI investigation. *Biological Psychiatry*, 53(3), 204-210.
- Lanius, R. A., Williamson, P. C., & Menon, R. S. (2002). *Neuroimaging of hyperaroused and dissociative states in posttraumatic stress disorder*. Retrieved 29.11., 2005, from www.cpa-apc.org/publications/archives/bulletin/2002/august
- Laposa, J. M., & Alden, L. E. (2003). Posttraumatic stress disorder in the emergency room: exploration of a cognitive model. *Behaviour Research and Therapy*, 41(1), 49-65.
- Laposa, J. M., & Alden, L. E. (2006). An analogue study of intrusions. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 925-946.
- Lawrence, E. J., Shaw, P., Giampietro, V. P., Surguladze, S., Brammer, M. J., & David, A. S. (2006). The role of 'shared representations' in social perception and empathy: an fMRI study.
- LeDoux, J. E. (1998). *The emotional brain*. New York: Simon & Schuster.
- Levenson, R. W., & Ruef, A. M. (1992). Empathy: a physiological substrate. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 234-246.
- Liberzon, I., Abelson, J. L., Flagel, S. B., Raz, J., & Young, E. A. (1999). Neuroendocrine and psychophysiological responses in PTSD: a symptom provocation study. *Neuropsychopharmacology*, 21(1), 40-50.
- Lienert, G. A., & Raatz, U. (1998). *Testaufbau und Testanalyse*. Weinheim: Beltz.
- Linley, P. A. (2003). Positive adaptation to trauma: wisdom as both process and outcome. *Journal of Traumatic Stress*, 16(6), 601-610.

- Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: a review. *Journal of Traumatic Stress, 17*(1), 11-21.
- Linley, P. A., Joseph, S., Cooper, R., Harris, S., & Meyer, C. (2003). Positive and negative changes following vicarious exposure to the September 11 terrorist attacks. *Journal of Traumatic Stress, 16*(5), 481-485.
- Linley, P. A., Joseph, S., & Loumidis, K. (2005). Traumawork, sense of coherence and positive and negative changes in therapists. *Psychotherapy and Psychosomatics, 74*, 185-188.
- Madson, L., & Shoda, J. (2006). Alternating between masculine and feminine pronouns: does essay topic affect readers' perceptions? *Sex Roles, 54*(3-4), 275-285.
- Maercker, A., & Herrle, J. (2003). Long-term effects of the Dresden Bombing: relationships to control beliefs, religious beliefs, and personal growth. *Journal of Traumatic Stress, 16*(6), 579-587.
- Maercker, A., & Schützwohl, M. (1998). Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala - revidierte Version (IES-R). *Diagnostica, 44*(3), 130-141.
- Markowitsch, H. J., Thiel, A., Reinkemeier, M., Kessler, J., Koyuncu, A., & Heiss, W.-D. (2000). Right amygdalar and temporofrontal activation during autobiographic, but not during fictitious memory retrieval. *Behavioural Neurology, 12*, 181-190.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., & Metzler, T. J. (1997). The Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. In T. M. Keane & J. P. Wilson (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 412-428). New York: Guilford Press.
- Marshall, R. D., Olfson, M., Hellman, F., Blanco, C., Guardino, M., & Struening, E. L. (2001). Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. *American Journal of Psychiatry, 158*(9), 1467-1473.
- Maslach, C. (1982). Understanding burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon. In W. S. Piase (Ed.), *Job stress and burnout: Research, theory, and intervention perspectives* (pp. 29-40). Beverly Hills: Sage.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Mason, J. W., Wang, S., Yehuda, R., Lubin, H., Johnson, D., Bremner, J. D., et al. (2002). Marked lability in urinary cortisol levels in subgroups of combat veterans with posttraumatic stress disorder during an intensive exposure treatment program. *Psychosomatic Medicine, 64*, 238-246.
- Mayring, P. (2000). Qualitative Inhaltsanalyse. *Forum Qualitative Sozialforschung (Online Journal), 1*(2).
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). *Psychological trauma and the adult survivor: theory, therapy, and transformation*. New York: Brunner/Mazel.
- McLean, S., Wade, T. D., & Encel, J. S. (2003). The contribution of therapist beliefs to psychological distress in therapists: an investigation of vicarious traumatization, burnout, and symptoms of avoidance and intrusion. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 31*, 417-428.

- McNally, R. J., Bryant, R. A., & Ehlers, A. (2003). Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress? *Psychological Science in the Public Interest*, 4(2), 45-79.
- Merckelbach, H., Muris, P., Horselenberg, R., & Rassin, E. (1998). Traumatic intrusions as "worst case scenario's". *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1075-1079.
- Merckelbach, H., Rassin, E., & Muris, P. (2000). Dissociation, schizotypy, and fantasy proneness in undergraduate students. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 428-431.
- Michael, T., Ehlers, A., Halligan, S. L., & Clark, D. M. (2005). Unwanted memories of assault: what intrusion characteristics are associated with PTSD? *Behaviour Research and Therapy*, 43, 613-628.
- Miller, G. (2006). Signs of empathy seen in mice. *Science*, 312, 1860-1861.
- Miller, L. (2000). Neurosensitization: a model for persistent disability in chronic pain, depression, and posttraumatic stress disorder following injury. *Neurorehabilitation*, 14(1), 25-32.
- Morgan, A. C., Wang, S., Rasmusson, A. M., Hazlett, G., Anderson, G., & Charney, D. S. (2001). Relationship among plasma cortisol, catecholamines, neuropeptide Y, and human performance during exposure to uncontrollable stress. *Psychosomatic Medicine*, 63, 412-422.
- Morgan, C. A., Rasmusson, A. M., Wang, S., Hoyt, G., Hauger, R. L., & Hazlett, G. (2002). Neuropeptide-Y, cortisol, and subjective distress in humans exposed to acute stress: replication and extension of previous report. *Biological Psychiatry*, 52, 136-142.
- Morgan, C. A., Rasmusson, A. M., Winters, B., Hauger, R. L., Morgan, J., Hazlett, G., et al. (2003). Trauma exposure rather than posttraumatic stress disorder is associated with reduced baseline plasma neuropeptid-Y levels. *Biological Psychiatry*, 54, 1087-1091.
- Morrison, A. P., Frame, L., & Larkin, W. (2003). Relationships between trauma and psychosis: a review and integration. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(4), 331-353.
- Murray, J., Ehlers, A., & Mayou, R. A. (2002). Dissociation and post-traumatic stress disorder: two prospective studies of road traffic accident survivors. *British Journal of Psychiatry*, 180, 363-368.
- Neylan, T. C., Brunet, A., Pole, N., Best, S. R., Metzler, T. J., Yehuda, R., et al. (2005). PTSD symptoms predict waking salivary cortisol levels in police officers. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 373-381.
- Nijenhuis, E. R. S., van der Hart, O., & Steele, K. (2004). *Trauma-related structural dissociation of the personality*. Retrieved 16. Januar 2004, from <http://www.trauma-pages.com/nijenhuis-2004.htm>
- Nord, C., Höger, D., & Eckert, J. (2000). Bindungsmuster von Psychotherapeuten. *Persönlichkeitsstörung, Theorie und Therapie*, 4(2), 76-86.
- Oberman, L. M., Hubbard, E. M., McCleery, J. P., Altschuler, E. L., Ramachandran, V. S., & Pineda, J. A. (2005). EEG evidence for mirror neuron dysfunction in autism spectrum disorders. *Cognitive Brain Reserach*, 24, 190-198.

- O'Donnell, M. L., Creamer, M., & Pattison, P. (2004). Posttraumatic stress disorder and depression following trauma: understanding comorbidity. *American Journal of Psychiatry*, *161*, 1390-1396.
- Öhman, A. (2005). The role of the amygdala in human fear: automatic detection of threat. *Psychoneuroendocrinology*, *30*, 953-958.
- Overmier, J. B., & Murison, R. (2005). Trauma and resulting sensitization effects are modulated by psychological factors. *Psychoneuroendocrinology*, *30*, 965-973.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *129*(1), 52-73.
- Palm, K. M., Polusny, M. A., & Follette, V. M. (2004). Vicarious traumatization: potential hazards and interventions for disaster and trauma workers. *Prehospital and Disaster Medicine*, *19*(1), 73-78.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience. The foundation of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press.
- Pearlman, L. A. (1996). Psychometric review of TSI Belief Scale. In B. H. Stamm (Ed.), *Measurement of stress, trauma and adaptation* (pp. 415-418). Lutherville: Sidran Press.
- 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*, 558-565.
- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist: countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. London: W. W. Norton.
- Perry, B. D., Pollard, R. A., Blakley, T. L., Baker, W. L., & Vigilante, D. (1995). *Childhood trauma, the neurobiology of adaptation and use-dependent development of the brain: how states become traits*. Retrieved 21.12., 2005, from www.trauma-pages.com/perry96.htm
- Phelps, E. A., Delgado, M. R., Nearing, K. I., & LeDoux, J. E. (2004). Extinction learning in humans: role of the amygdala and vmPFC. *Neuron*, *43*, 897-905.
- Pope, K. S., & Feldman-Summers, S. (1992). National survey of psychologists' sexual and physical abuse history and their evaluation of training and competence in these areas. *Professional Psychology: Research and Practice*, *23*(5), 353-361.
- Preston, S. D., & de Waal, F. B. M. (2002). Empathy: its ultimate and proximate bases. *Behavioral and Brain Sciences*, *25*, 1-72.
- Protopopescu, X., Pan, H., Tuescher, O., Cloitre, M., Goldstein, M., Engelien, W., et al. (2005). Differential time courses and specificity of amygdala activity in posttraumatic stress disorder subjects and normal control subjects. *Biological Psychiatry*, *57*(5), 464-473.
- Quirk, G., Likhtik, E., Pelletier, J. G., & Pare, D. (2003). Stimulation of medial prefrontal cortex decreases the responsiveness of central amygdala output neurons. *The Journal of Neuroscience*, *23*(25), 8800-8807.
- Rainnie, D. G., Asprodini, E. K., & Shinnick-Gallagher, P. (1992). Kindling-induced long-lasting changes in synaptic transmission in the basolateral amygdala. *Journal of Neurophysiology*, *67*(2), 443-454.
- Rainnie, D. G., Bergeron, R., Sajdyk, T. J., Patil, M., Gehlert, D. R., & Shekhar, A. (2004). Corticotrophin releasing factor-induced synaptic

- plasticity in the amygdala translates stress into emotional disorders. *The Journal of Neuroscience*, 24(4), 3471-3479.
- Rankin, K., Kramer, J., & Miller, B. L. (2005). Patterns of cognitive and emotional empathy in frontotemporal lobar degeneration. *18*(1), 28-36.
- Rasmusson, A. M., Hauger, R. L., Morgan, C. A., Bremner, J. D., Charney, D. S., & Southwick, S. M. (2000). Low baseline and yohimbine-stimulated plasma neuropeptide Y (NPY) levels in combat-related PTSD. *Biological Psychiatry*, 47(6), 526-539.
- Rauch, S. L., van der Kolk, B. A., Fisler, R. E., Alpert, N. A., Orr, S. P., Savage, C. R., et al. (1996). A symptom provocation study of posttraumatic stress disorder using positron emission tomography and script-driven imagery. *Archives of General Psychiatry*, 53, 380-387.
- Reddemann, L. (2001). Psychohygiene in der Traumatherapie. Ein Erfahrungsbericht. *Psychotraumatologie (Online-Zeitschrift)*, 2(22).
- Reimer, C. (2000). Berufliche Belastungen und Probleme der Lebensqualität von Psychotherapeuten. *Persönlichkeitsstörung, Theorie und Therapie*, 4(2), 69-75.
- Reinhard, F., & Maercker, A. (2003). Sekundäre Traumatisierung, Posttraumatische Belastungsstörung, Burnout und Soziale Unterstützung bei medizinischem Rettungspersonal. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 12, 1-8.
- Reynolds, M., & Brewin, C. R. (1998). Intrusive cognitions, coping strategies and emotional responses in depression, post-traumatic stress disorder and a non-clinical population. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 135-147.
- Reynolds, M., & Brewin, C. R. (1999). Intrusive memories in depression and posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 201-215.
- Rizzolatti, G., & Craighero, L. (2004). The mirror-neuron system. *Annual Review of Neuroscience*, 27, 169-192.
- Rosenkranz, J. A., Buffalari, D. M., & Grace, A. A. (2006). Opposing influence of basolateral amygdala and footshock stimulation on neurons in the central amygdala. *Biological Psychiatry*, 59(9), 801-811.
- Ruby, P., & Decety, J. (2004). How would you feel versus how do you think she would feel? A neuroimaging study on perspective-taking with social emotions. *Journal of cognitive neuroscience*, 16(6), 988-999.
- Rupert, P. A., & Morgan, D. J. (2005). Work setting and burnout among professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 544-550.
- Sabbagh, M. A., Xu, F., Carlson, S. M., Moses, L. J., & Lee, K. (2006). The development of executive functioning and theory of mind. *Psychological Science*, 17(1), 74-81.
- Sabin-Farrell, R., & Turpin, G. (2003). Vicarious traumatization: implications for the mental health of health workers? *Clinical Psychology Review*, 23, 449-480.
- Sachsse, U. (2004). *Traumazentrierte Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Sack, M., & Lamprecht, F. (2005). *Psychological and psychophysiological reactions to trauma related script driven imagery*. Unpublished manuscript, Hannover.

- Salo, J., Punamäki, R.-L., & Qouta, S. (2004). Associations between self and other representations and posttraumatic adjustment among political prisoners. *Anxiety, Stress, and Coping, 17*(4), 421-439.
- Salo, J., Qouta, S., & Punamäki, R.-L. (2005). Adult attachment, posttraumatic growth and negative emotions among former political prisoners. *Anxiety, Stress, and Coping, 18*(4), 361-378.
- Salston, M., & Figley, C. R. (2003). Secondary traumatic stress effects of working with survivors of criminal victimization. *Journal of Traumatic Stress, 16*(2), 167-174.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., & Zaudig, M. (1999). *Handbuch der Differentialdiagnosen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Scaer, R. C. (2001). *The neurophysiology of dissociation and chronic disease*. Retrieved 21.12., 2005, from www.trauma-pages.com/scaer-2001.htm
- Schaefer, M., Noenning, N., Heinze, H.-J., & Rotte, M. (2006). Fooling your feelings: artificially induced referred sensations are linked to modulation of the primary somatosensory cortex. *NeuroImage, 29*, 67-73.
- 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.
- Schubert, M. (2005). *Plastizitätsveränderung in der lateralen Amygdala nach Kindling und Alkoholentzug*. Unpublished manuscript, FU Berlin.
- Schützwohl, M., & Maercker, A. (1999). Effects of varying diagnostic criteria for posttraumatic stress disorder are endorsing the concept of partial PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 12*, 155-165.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., & Gemar, M. (1996). A cognitive science perspective on kindling and episode sensitization in recurrent affective disorder. *Psychological Medicine, 26*(2), 371-380.
- Shalev, A. Y., Peri, T., Canetti, L., & Schreiber, S. (1996). Predictors of PTSD in injured trauma survivors: a prospective study. *Archives of General Psychiatry, 153*(2), 219-225.
- Shamay-Tsoory, S. G., Lester, H., Chisin, R., Israel, O., Bar-Shalom, R., Peretz, A., et al. (2005). The neural correlates of understanding the other's distress: A positron emission tomography investigation of accurate empathy. *NeuroImage, 27*, 468-472.
- Shamay-Tsoory, S. G., Tomer, R., Berger, B. D., & Aharon-Peretz, J. (2003). Characterization of empathy deficits following prefrontal brain damage: the role of the right ventromedial prefrontal cortex. *Journal of Cognitive Neuroscience, 15*(3), 324-337.
- Shamay-Tsoory, S. G., Tomer, R., Berger, B. D., Goldsher, D., & Aharon-Peretz, J. (2005). Impaired "affective theory of mind" is associated with right ventromedial prefrontal damage. *18*(1), 55-67.
- Shin, L. M., Whalen, P. J., Pitman, R. K., Bush, G., Macklin, M. L., Lasko, N. B., et al. (2001). An fMRI study of anterior cingulate function in posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry, 50*, 932-942.
- Siegal, M., & Varley, R. (2002). Neural systems involved in "theory of mind". *Nature Neuroscience, 3*, 463-471.
- Sierra, M., & Berrios, G. E. (1998). Depersonalization: neurobiological perspectives. *Biological Psychiatry, 44*, 898-908.

- Simeon, D., Guralnik, O., Hazlett, E. A., Spiegel-Cohen, J., Hollander, E., & Buchsbaum, M. S. (2000). Feeling unreal: a PET study of depersonalization disorder. *American Journal of Psychiatry*, *157*, 1782-1788.
- Simeon, D., Guralnik, O., Knutelska, M., Hollander, E., & Schmeidler, J. (2001). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation in depersonalization disorder. *Neuropsychopharmacology*, *25*(5), 793-795.
- Singer, T., & Frith, C. (2005). The painful side of empathy. *Nature Neuroscience*, *8*(7), 845-846.
- Singer, T., Seymour, B., O'Doherty, J., Kaube, H., Dolan, R., & Frith, C. D. (2004). Empathy for pain involves the affective but not sensory components of pain. *Science*, *303*, 1157-1162.
- Stamm, B., & Figley, C. R. (1996). *Compassion satisfaction and fatigue test*, from <http://www.isu.edu/~bhstamm/tests.htm>
- Steed, L., & Bicknell, J. (2001). Trauma and the therapist: the experience of therapists working with perpetrators of sexual abuse. *The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies (Online-Journal)*, *1*.
- Steins, G. (1998). Diagnostik von Empathie und Perspektivenübernahme: Eine Überprüfung des Zusammenhangs beider Konstrukte und Implikationen für die Messung. *Diagnostica*, *44*(3), 117-129.
- Strauss, A. L. (1994). *Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. München: Fink.
- Stuart, A. D. P., Holmes, E. A., & Brewin, C. R. (2005). The influence of a visuospatial grounding task on intrusive images of a traumatic film. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(4), 611-619.
- Tarrier, N., & Sommerfield, C. (2003). Alcohol and substance use in civilian chronic PTSD patients seeking psychological treatment. *Journal of Substance Use*, *8*(4), 197-204.
- Teegen, F. (2003). *Posttraumatische Belastungsstörungen bei gefährdeten Berufsgruppen*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Theoret, H., Halligan, E., Kobayashi, M., Fregni, F., Tager-Flusberg, H., & Pascual-Leone, A. (2005). Impaired motor facilitation during action observation in individuals with autism spectrum disorder. *Current Biology*, *15*, R84-R85.
- Thomas, R. B., & Wilson, J. P. (2004). Issues and controversies in the understanding and diagnosis of compassion fatigue, vicarious traumatization, and secondary traumatic stress disorder. *International Journal of Emergency Mental Health*, *6*(2), 81-92.
- Tull, M. T., & Roemer, L. (2003). Alternative explanations of emotional numbing of posttraumatic stress disorder: an examination of hyperarousal and experiential avoidance. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *25*(3), 147-154.
- Turpin, G., Downs, M., & Mason, S. (2005). Effectiveness of providing self-help information following acute traumatic injury: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, *187*, 76-82.
- Uchino, B. C., Hatfield, E., Carlson, J. G., & Chemtob, C. (1991). *The effect of cognitive expectations on susceptibility to emotional contagion*. Unpublished manuscript, University of Hawaii, Honolulu.

- Ullmann, S. E., & Filipas, H. H. (2001). Predictors of PTSD symptom severity and social reactions in sexual assault victims. *Journal of Traumatic Stress, 14*(2), 369-387.
- van der Kolk, B. A. (2004). Psychobiology of posttraumatic stress disorder. In J. Panksepp (Ed.), *Textbook of Biological Psychiatry*. Hoboken: Wiley-Liss.
- van der Kolk, B. A., Greenberg, M. S., Boyd, H., & Krystal, J. H. (1985). Inescapable shock, neurotransmitters and addiction to trauma: Towards a psychobiology of post-traumatic stress. *Biological Psychiatry, 20*, 314-325.
- van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F. S., McFarlane, A. C., & Herman, J. L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry, 153*(7), 83-93.
- van der Kolk, B. A., & Saporta, J. (1991). The biological response to psychic trauma: mechanisms and treatment of intrusion and numbing. *Anxiety Research, 4*, 199-212.
- van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2003). Are children of Holocaust survivors less well-adapted? A meta-analytic investigation of secondary traumatization. *Journal of Traumatic Stress, 16*(5), 459-469.
- van Ommeren, M., Sharma, B., Sharma, G. K., Komproe, I., Cardena, E., & de Jong, J. T. V. M. (2002). The relationship between somatic and PTSD symptoms among bhutanese refugee torture survivors: examination of comorbidity with anxiety and depression. *Journal of Traumatic Stress, 15*(5), 415-421.
- Vassilopoulos, S. (2005). Social anxiety and the effects of engaging in mental imagery. *Cognitive Therapy and Research, 29*(3), 261-277.
- Vogeley, K., & Fink, G. R. (2005). Neurale Korrelate des Perspektivwechsels und der sozialen Kognition: vom Selbstbewusstsein zur "Theory of Mind". In H. Förstl (Ed.), *Frontalhirn. Funktionen und Erkrankungen* (2. ed.). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Völlm, B. A., Taylor, A. N. W., Richardson, P., Corcoran, R., Stirling, J., McKie, S., et al. (2006). Neuronal correlates of theory of mind and empathy: a functional magnetic resonance imaging study in a nonverbal task. *NeuroImage, 29*(1), 90-98.
- Vorauer, J. D., & Ross, M. (1999). Self-awareness and feeling transparent: failing to suppress one's self. *Journal of Experimental Social Psychology, 35*, 415-440.
- Way, I., van Deusen, K. M., Martin, G., Applegate, B., & Jandle, D. (2004). Vicarious trauma: a comparison of clinicians who treat survivors of sexual abuse and sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence, 19*(1), 49-71.
- Weiss, D., Marmar, C. R., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Jordan, B. K., Hough, R. L., et al. (1992). The prevalence of lifetime and partial post-traumatic stress disorder in Vietnam theater veterans. *Journal of Traumatic Stress, 5*, 365-376.
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1995). The Impact of Event Scale-Revised. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma*

- and PTSD: a practitioner's handbook (pp. 399-411). New York: Guilford Press.
- Wenzlaff, R. M. (2002). Intrusive thoughts in depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 16(2), 145-159.
- Wessa, M., Karl, A., & Flor, H. (2005). Central and peripheral psychophysiological responses to trauma-related cues in subclinical posttraumatic stress disorder: a pilot study. *Experimental Brain Research*, 167, 56-65.
- White, G. D. (2001). Near Ground Zero: compassion fatigue in the aftermath of September 11. *Traumatology*, 7(4), 151-154.
- Wicker, B., Keysers, C., Plailly, J., Royet, J., Gallese, V., & Rizzolatti, G. (2003). Both of us disgusted in my insula -the common neural basis of seeing and feeling disgust. *Neuron*, 40(3), 655-664.
- Wicker, B., Perret, D. I., Baron-Cohen, S., & Decety, J. (2003). Being the target of another's emotions: a PET study. *Neuropsychologia*, 41, 139-146.
- Willutzki, U., Ambühl, H., Cierpka, M., Meyerberg, J., & Orlinsky, D. (1997). Zufrieden oder ausgebrannt: Die berufliche Moral von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. In P. L. Janssen, M. Cierpka & P. Buchheim (Eds.), *Psychotherapie als Beruf* (pp. 207-222). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wilson, J. P., & Lindy, J. D. (1994). *Countertransference in the treatment of PTSD*. New York: Guilford Press.
- Wilson, J. P., & Thomas, R. B. (2004). *Empathy in the treatment of trauma and PTSD*. New York: Brunner-Routledge.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M., & Fydrich, T. (1997). *Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV: SKID*. Göttingen: Hogrefe.
- Witzel, A. (2000). The problem-centered interview. *Forum Qualitative Sozialforschung (On-line Journal)*, 1(1).
- Wong, C. M. (2002). Post-traumatic stress disorder: advances in psychoneuroimmunology. *Psychiatric Clinics of North America*, 25(2), 369-383.
- Woodward, S., Kaloupek, D. G., Streeter, C. C., Martinez, C., Schaer, M., & Eliez, S. (2006). Decreased anterior cingulate volume in combat-related PTSD. *Biological Psychiatry*, 59(7), 582-587.
- Yehuda, R., Brand, S., & Yang, R.-K. (2006). Plasma Neuropeptide Y concentrations in combat exposed veterans: relationship to trauma exposure, recovery from PTSD, and coping. *Biological Psychiatry*, 59(7), 660-663.
- Zaudig, M. (2000). *DSM-IV und ICD-10-Fallbuch: Fallübungen zur Differentialdiagnose nach DSM-IV und ICD-10*. Göttingen: Hogrefe.
- Zlotnick, C., Franklin, C. L., & Zimmermann, M. (2002). Does "subthreshold" posttraumatic stress disorder have any clinical relevance? *Comprehensive Psychiatry*, 43(6), 413-419.
- Zurek, G., Barwinski, R., & Fischer, G. (2002). Übertragung und Gegenübertragung in der Psychotherapie psychotraumatischer Belastungssyndrome. *Psychotraumatologie (Online-Zeitschrift)*, 3(31).

Anhang

Anhang A: Material der Interviewstudie

Anhang A1 - Aufruf zur qualitativen Interviewstudie

Anhang A2 - Vorgeschalteter Fragebogen

Anhang A3 - Interviewleitfaden für Therapeutinnen

Anhang A4 - Interviewleitfaden für Supervisorinnen

Anhang B : Kurzbeschreibung der Interviewpartnerinnen

Anhang C: Code-Referenzen

Anhang D: Untersuchungsinstrument der Fragebogenstudie

Anhang E: Statistiken zur Fragebogenstudie

Anhang E1 - FST-Skalenanalyse

Anhang E2 - Einzelvergleich bezüglich der Cluster

Anhang E3 - Einzelvergleich von Dauer und Schwere

Anhang E4 - Interkorrelationen FST-Items und Dauer

Anhang E5 - Regressionsanalyse: FST und Dauer

Anhang E6 - Strukturanalyse des FST

Anhang E7 - FST-Mittelwerte der Diagnosegruppen

Anhang E8 - Kreuztabelle ST30 x ST27

Anhang E9 - Interkorrelationstabelle für ST25

Anhang E10 - Ätiologiekriterien x Diagnosegruppe

Anhang E 11 - PD-Skalenanalyse

Anhang E12 - Strukturanalyse der PD-Skala

Anhang E13 - Itemcharakteristika der PD-Items

Anhang E14 - Zusammenhang von Alter und PD-Summenwert

Anhang E15 - Interkorrelationen FST- und PD-Items

Anhang A1: Aufruf zur qualitativen Interviewstudie

Studie zur Sekundären Traumatisierung von TraumatherapeutInnen

Ich suche dringend TherapeutInnen, die bereit sind, sich für eine Studie zur Sekundären Traumatisierung interviewen zu lassen. Es geht um die qualitative Erfassung von arbeitsbedingten Belastungen bei TherapeutInnen, d.h. um die mögliche Übertragung posttraumatischer Symptome auf die Behandelnden, also z.B.

- sich aufdrängende Erinnerungen oder Träume von der Therapie oder dem Trauma
- gesteigerte Wachsamkeit und Vorsicht
- oder unwillkürliches Dissoziieren und emotionales Taubsein während der Sitzung

sowie die möglichen langfristigen Veränderungen kognitiver Schemata.

Wenn Sie schon mal kurzfristige oder langfristige Beeinträchtigungen aufgrund ihrer Arbeit erlebt haben und bereit wären im Rahmen eines persönlichen Interviews davon zu berichten melden Sie sich bitte per e-mail bei

Dipl.-Psych. Judith Daniels
Physiologische Psychologie
Universität Bielefeld
juddaniels@gmx.net

Ich komme zu einem Interviewtermin zu Ihnen, ihr Zeitaufwand beliefe sich auf ca. 1 Std.

Mit freundlichen Grüßen,

Anhang A2: Vorgeschalteter Fragebogen

Gibt es Veränderungen in Bezug auf Ihre Fähigkeit, sich zu entspannen?

Nein__ Ja: Verschlechterung 10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0 Verbesserung

Gibt es Veränderungen In Bezug auf Ihr Schlafverhalten?

Nein__ Ja: Verschlechterung 10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0 Verbesserung

Gibt es Veränderungen In Bezug auf Albträume?

Nein__ Ja: Verschlechterung 10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0 Verbesserung

Gibt es Veränderungen bezüglich der Freude, die Sie an Ihrer Arbeit haben?

Nein__ Ja: Verschlechterung 10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0 Verbesserung

Gibt es Veränderungen bezüglich Ihres Glaubens, mit Ihrer Arbeit etwas Positives bewirken zu können?

Nein__ Ja: Verschlechterung 10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0 Verbesserung

Gibt es Veränderungen In Bezug auf Ihre Lebensfreude?

Nein__ Ja: Verschlechterung 10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0 Verbesserung

Gibt es Veränderungen In Bezug auf Ihr Privatleben?

Nein__ Ja: Verschlechterung 10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0 Verbesserung

Gibt es Veränderungen In Bezug auf Ihre Partnerschaft?

Nein__ Ja: Verschlechterung 10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0 Verbesserung

Gibt es Veränderungen In Bezug auf Ihre Freude an Sexualität?

Nein__ Ja: Verschlechterung 10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0 Verbesserung

Gibt es Veränderungen In Bezug auf Ihre Konzentrationsfähigkeit?

Nein__ Ja: Verschlechterung 10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0 Verbesserung

Gibt es Veränderungen In Bezug auf Ihr Essverhalten?

Nein__ Ja: Verschlechterung 10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0 Verbesserung

Gibt es Veränderungen In Bezug auf Ihren Umgang mit Alkohol?

Nein__ Ja: Verschlechterung 10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0 Verbesserung

Gibt es Veränderungen In Bezug auf Ihren Umgang mit Medikamenten?

Nein__ Ja: Verschlechterung 10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0 Verbesserung

Gibt es Veränderungen In Bezug auf Ihre Wahrnehmung von persönlicher Bedrohung?

Nein__ Ja: Verschlechterung 10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0 Verbesserung

Gibt es Veränderungen In Bezug auf Ihr Grundvertrauen in „das Gute“ in der Welt?

Nein__ Ja: Verschlechterung 10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0 Verbesserung

Anhang A3: Interviewleitfaden für Therapeutinnen

- Würden Sie sagen, dass es Phasen gab oder aktuell gibt, in denen Sie sich durch die Arbeit mit traumatisierten Menschen belastet gefühlt haben? Woran haben Sie die Belastung bemerkt?
- Haben Sie Symptome bei sich beobachtet? Welche genau? Mehr als früher/Zusammenhang mit Arbeit?
- Was waren auslösende Bedingungen in der therapeutischen Situation?
- Was waren auslösende Bedingungen außerhalb der therapeutischen Situation?
- Wie haben Sie das Auftreten der Belastung interpretiert?
- Wie wirkt sich die Belastung in ihrem Berufsleben aus?
- Wie wirkt sich die Belastung in ihrem Privatleben aus?
- Wie haben Sie auf das Auftreten dieser Belastung reagiert?
- Wie hat ihr berufliches und privates Umfeld auf die Belastung reagiert?
- Wie endete diese Phase beruflicher Belastung/Rückbildung der Symptomatik?
- Stellen Sie Veränderungen auf der Ebene der kognitiven Schemata/Weltsicht an sich fest?
- Wird diese Belastung ausgelöst durch einmalige Situationen, z.B. die Exposition mit einer KlientIn. Oder handelt es sich um einen schleichenden Prozess, der durch die Menge und Dauer der Traumaaarbeit bedingt ist? Oder beides?
- Wie bereiten Sie sich vor, wenn eine KlientIn ihnen Traumadetails erzählen wird?
- Was tun Sie (absichtlich und/oder automatisch) innerlich während Sie sich die Traumadetails anhören?
- Welchen Gewinn ziehen Sie aus der Arbeit mit traumatisierten Menschen?

Belastungsphasen

- Haben Sie Phasen besonderer Belastung durch die Arbeit erlebt, in denen Sie typische posttraumatische Symptome (Intrusionen/Numbing/Hyperarousal/Dissoziation) entwickelt haben?
- wie stehen diese im Zusammenhang mit Entwicklungen im Privatleben?oder spezifischen Therapiefaktoren? (z.B. fortbestehender Täterkontakt/junges Alter/besondere Entfremdung)
- Wie lange dauerten die Symptome an?
- Wie haben Sie das Auftreten der Symptome bewertet? Welche Rückschlüsse haben Sie aus dem Auftreten der Symptome gezogen?
- Wie haben KollegInnen/SupervisorInnen auf Ihre Belastung reagiert?
- Wie endete diese Phase besonderer Belastung?

abrupt oder kontinuierlich? wieso? private und berufliche Gründe

Symptomatik

B Intrusion

- Haben Sie auf Hinweisreize mit Belastung reagiert?
- Haben Sie an die Therapie denken müssen, auch wenn Sie dass nicht bewusst intendiert haben? Ahnelte dies eher einer depressiven Grübelneigung oder Intrusionen?
- Hatten Sie Herzklopfen/Hitzewallungen/Übelkeit, wenn Sie an die Arbeit gedacht haben?
- War es so, als ob Sie das Trauma der KlientIn nacherleben würden?
- Hatten Sie belastende Träume, die im Zusammenhang mit der Therapie/dem Trauma standen?
- Haben Sie auf interne oder externe Hinweisreize mit Belastung reagiert?

- Ist diese Intrusion ein Gedanke/ ein Bild/eine Stimmung oder ein Gefühl?
- Wenn Sie sich die Intrusion ansehen – ist es eher ein Standbild oder eine Filmsequenz?
- Ist es eher ein Detail oder eine ganze Szene?

- Bei Bildern: Sehen Sie Farben? Wie lebendig wirkt das Bild? Sind Sie selbst in dem Bild?
- Bezieht sich die Belastung inhaltlich auf die KlientIn bzw. deren Trauma, oder auf die TherapeutIn und deren Berufs- und Privatleben?
- Wie fragmentiert ist diese Intrusion?
- Können Sie etwas hören? Wenn ja – was?
- Können Sie etwas riechen oder schmecken? Wenn ja – was?
- Welche Gefühle begleiten diese Intrusion? Macht es Sie beispielsweise ärgerlich/traurig/deprimiert/aufgewühlt/stumpf/taub?
- Welche physischen Eindrücke begleiten diese Intrusion?
- Tauchen während der Intrusion Gedanken auf?
- Wie sehr lässt sich die Intrusion kontrollieren?
- Können Sie sie willentlich erinnern?

C Vermeidung

- Merkten Sie manchmal, dass Sie Teile des Traumas/ der Therapiesitzung wieder vergessen hatten?
- Fühlten Sie sich manchmal emotional taub?
- Fühlten Sie sich manchmal entmutigt, was Ihre Zukunft anbelangt?
- Hatten Sie häufiger als gewöhnlich das Bedürfnis sich zurück zu ziehen oder ein Gefühl der Entfremdung von vertrauten Personen?
- Waren Sie weniger aktiv als sonst?
- Vermieden Sie Orte/ Menschen/Dinge, die Sie an das Trauma/die Therapie erinnern?
- Vermieden Sie es, mit bestimmten KlientInnen zu arbeiten?

D Hyperarousal

- Hatten Sie Probleme ein- oder durchzuschlafen?
- Beobachteten Sie bei sich eine gesteigert Reizbarkeit oder häufigere Wutausbrüche?
- Hatten Sie Mühe sich zu konzentrieren?
- Beobachteten Sie bei sich eine gesteigerte Wachsamkeit oder ein gesteigertes Sicherheitsbedürfnis?

Anhang A

- Beobachteten Sie bei sich übermäßige Schreckreaktionen?
- Rechneten Sie damit, dass etwas Schlimmes passieren wird?
- Litten Sie häufiger unter Infekten etc., die auf ein geschwächtes Immunsystem hinweisen?

Gab es Veränderungen in Bezug auf ...

...Ihre Fähigkeit sich zu entspannen?

...Ihr Essverhalten?

...Ihren Umgang mit Alkohol und anderen Drogen?

...Ihren Umgang mit Medikamenten?

...Ihre Freude an Sexualität?

...die Häufigkeit / Intensität von Teamkonflikten?

...die Tendenz Erfahrungen depressiv zu verarbeiten?

...Ihr Immunsystem?

In der therapeutischen Situation...

- Wie bereiten Sie sich auf Expositionen vor?
- Wie empfinden Sie es Traumamaterial zu hören, wenn Sie eine KlientIn behandeln?
- Wie würden Sie Ihren psychophysiologischen Zustand beschreiben? Eher eine Absenkung oder eine Steigerung des Erregungsniveaus?
- Welche Art von Dissoziation erleben Sie unwillkürlich/welche setzen Sie bewusst ein?

Peritraumatische Dissoziation:

Waren Sie konfus, verwirrt?

Waren Sie emotional taub?

Haben Sie den „roten Faden“ verloren/ einen „black out“ gehabt?

Waren sie wie auf „Autopilot“?

Hat sich ihr Zeiterleben verändert?

Kam ihnen die Situation unreal, traumähnlich vor oder so, als ob Sie einen Film sehen würden?

Waren Sie eher in einer Zuschauerrolle/außerhalb des Geschehens?

Hat sich Ihr Körpererleben verändert? Empfinden Sie ihren Körper als groß/klein/unproportioniert?

Erwischen Sie sich manchmal dabei, ungewollt die Physiologie der KlientIn zu übernehmen? (Haltung, Atmung, Emotion)

Coping

- Welche Strategien nutzen Sie, um sich vor Sekundärer Traumatisierung zu schützen? Zuhause und bei der Arbeit? Kognitiv und Verhalten?
- Als wie hilfreich erleben Sie diese Strategien?
- Welche Strategien nutzen Sie um mit ihren Reaktionen auf die Traumaarbeit/Symptomen umzugehen? Zuhause und bei der Arbeit; Kognitive Strategien und Verhalten
- Als wie hilfreich erleben Sie diese Strategien?
- Welche Strategien halten Sie für sinnvoll in der Prävention der Sekundären Traumatisierung?

Kognitive Schemata

- Glauben Sie, dass die Arbeit als TraumatherapeutIn im Allgemeinen zu überdauernden Veränderungen führt?
- Glauben Sie, dass Sie sich persönlich durch die Arbeit mit traumatisierten Menschen verändert haben?
- Schätzen Sie diese Veränderungen eher positiv oder negativ ein?

Welchen Einfluss hatte die Traumaarbeit auf...

...Ihr Sicherheitsgefühl in der Welt?

...Ihre Fähigkeit der eigenen Wahrnehmung zu trauen?

...Ihre Fähigkeit anderen zu vertrauen?

...Ihren Blick auf Menschen im Allgemeinen?

...Darauf wie verbunden Sie sich mit anderen fühlen?

...Die Freude, die Sie an Ihrer Arbeit haben?

...Ihren Glauben, mit Ihrer Arbeit etwas Positives bewirken zu können?

Anhang A4: Interviewleitfaden für Supervisorinnen

- Wie verbreitet ist ihrer Meinung nach eine Belastung durch Traumaarbeit?
- Wie, glauben Sie, äußert sich Sekundäre Traumatisierung? Eher auf der Ebene von Veränderungen kognitiver Schemata oder in posttraumatischen Symptomen?
- Wird diese Belastung ausgelöst durch einmalige Situationen, z.B. die Exposition mit einer KlientIn. Oder handelt es sich um einen schleichenden Prozess, der durch die Menge und Dauer der Traumaarbeit bedingt ist? Oder beides?
- Bezieht sich die Belastung inhaltlich auf die KlientIn bzw. deren Trauma, oder auf die TherapeutIn und deren Berufs- und Privatleben?
- Welche Rolle spielt die initiale Reaktion der TherapeutIn auf die Belastung bei der Chronifizierung?
- Welche Copingmechanismen haben sich als wirksam erwiesen bei bestehender Belastung?
- Welche Prävention hat sich als wirksam erwiesen? Was sind protektive Faktoren?
- Glauben Sie eine Vortraumatisierung der Therapeutin selbst stellt eher einen Risiko- oder einen Schutzfaktor dar?

Anhang B: Stichprobenbeschreibung der Interviewstudie

IP1: weiblich, 48 Jahre, Sozialpädagogin, Ausbildungen in: feministischer Sozialtherapie, Hypnotherapie, Trimp, KBT, Alexandertechnik; seit 10 Jahren psychotherapeutische Tätig, 10 Jahre Berufserfahrung mit traumatisierten Klientinnen, 30 Std./Woche, 100% der Klientinnen sind traumatisiert, ca. 15 Std./Woche direkter Kontakt mit traumatisierten Klientinnen, Schwerpunkt: sexualisierte Gewalt, Setting: Einzel- und Gruppentherapie

IP2: weiblich, 34 Jahre, Psychologin, Ausbildungen in: Verhaltenstherapie, traumazentrierte Fachberatung; seit 1 Jahr psychotherapeutisch tätig, 1 Jahr Berufserfahrung mit traumatisierten Klientinnen, 19 Std/Woche, 95% der Klientinnen sind traumatisiert, ca. 19 Std./Woche direkter Kontakt mit traumatisierten Klientinnen, Schwerpunkt: frühe und komplexe Traumatisierungen, Setting: Einzeltherapie

IP3: weiblich, 53 Jahre, Sozialarbeiterin, Ausbildungen in: analytischer, tiefenpsychologischer und Verhaltenstherapie, Hypnotherapie, PITT; seit 30 Jahren psychotherapeutisch tätig, 30 Jahre Berufserfahrung mit traumatisierten Klientinnen, 70-80 Std./Woche, 100% der Klientinnen sind traumatisiert, ca. 35 Std./Woche direkter Kontakt mit traumatisierten Klientinnen, Schwerpunkt: Kinder- und Jugendzulassung, Setting: Einzeltherapie; Exposition: 98%

IP4: weiblich, 49 Jahre, Sozialpädagogin, Ausbildungen in: Tiefenpsychologie, Gesprächspsychotherapie, Psychodrama, traumaspezifische Arbeit bei Kindern; seit 17 Jahren psychotherapeutisch tätig, 17 Jahre Berufserfahrung mit traumatisierten Klientinnen, 38 Std./Woche, 10% der Klientinnen sind traumatisiert, Schwerpunkt: sexualisierte Gewalt, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Setting: Einzeltherapie

IP5: weiblich, 51 Jahre, Sozialarbeiterin, Ausbildungen in: Körperpsychotherapie, Familienpsychotherapie, Hypnotherapie, EMDR, traumaspezifische Therapie; seit 25 Jahren psychotherapeutisch tätig, 13

Anhang B

Jahre Berufserfahrung mit traumatisierten Klientinnen, 40 Std./Woche, 95% der Klientinnen sind traumatisiert, ca. 12 Std./Woche direkter Kontakt mit traumatisierten Klientinnen, Schwerpunkt: rituelle Gewalt, Setting: Einzeltherapie; Exposition: 100%

IP6: weiblich, 50 Jahre, Sozialarbeiterin, Ausbildungen in: Psychodrama; seit 13 Jahren psychotherapeutisch tätig, 13 Jahre Berufserfahrung mit traumatisierten Klientinnen, 20 Std./Woche, 100% der Klientinnen sind traumatisiert, ca. 20 Std./Woche direkter Kontakt mit traumatisierten Klientinnen, Schwerpunkt: sexualisierte Gewalt, Folter, rituelle Gewalt, Setting: Einzel- und Gruppentherapie; Exposition: 100%

IP7: weiblich, 58 Jahre, Psychologin, Ausbildungen in: analytischer, Verhaltenstherapie, Hypnotherapie, Gesprächspsychotherapie, EMDR, traumaspezifische Therapie; seit 24 Jahren psychotherapeutisch tätig, 24 Jahre Berufserfahrung mit traumatisierten Klientinnen, 40 Std./Woche, 100% der Klientinnen sind traumatisiert, ca. 30 Std./Woche direkter Kontakt mit traumatisierten Klientinnen, Schwerpunkt: sexualisierte Gewalt, Verkehrsunfälle, rituelle Gewalt, Setting: Einzeltherapie; Exposition: 50%

IP8: weiblich, 51 Jahre, Psychologin, Ausbildungen in: tiefenpsychologischer Therapie, PITT; seit 15 Jahren psychotherapeutisch tätig, 11 Jahre Berufserfahrung mit traumatisierten Klientinnen, 40 Std./Woche, 100% der Klientinnen sind traumatisiert, ca. 25 Std./Woche direkter Kontakt mit traumatisierten Klientinnen, Schwerpunkt: chronisch komplexe Traumatisierungen, Setting: Einzel- und Gruppentherapie; Exposition: 50%

IP9: männlich, 46 Jahre, Fachpsychologe der Medizin, Ausbildungen in: analytischer und tiefenpsychologischer Therapie, systemischer Familientherapie, analytischer Körperpsychotherapie, EMDR, traumaspezifischer Therapie; seit 20 Jahren psychotherapeutisch tätig, 10 Jahre Berufserfahrung mit traumatisierten Klientinnen, 40 Std./Woche, 25% der Klientinnen sind traumatisiert, ca. 10 Std./Woche direkter Kontakt mit

traumatisierten Klientinnen, Schwerpunkt: Männer, physischer Missbrauch, sexualisierte Gewalt, Setting: Einzel- und Gruppentherapie;

IP10: weiblich, 48 Jahre, Psychologin, Ausbildungen in: tiefenpsychologischer Therapie, Hypnotherapie, EMDR, traumaspezifischer Therapie; seit 16 Jahren psychotherapeutisch tätig, 10 Jahre Berufserfahrung mit traumatisierten Klientinnen, 40 Std./Woche, 100% der Klientinnen sind traumatisiert, ca. 35 Std./Woche direkter Kontakt mit traumatisierten Klientinnen, Schwerpunkt: komplexe Traumatisierung, Dissoziative Identitätsstörung, Setting: Einzel- und Gruppentherapie;

IP11: weiblich, 44 Jahre, Psychologin, Ausbildungen in: tiefenpsychologischer Therapie, PITT, EMDR, traumaspezifischer Therapie; seit 12 Jahren psychotherapeutisch tätig, 6 Jahre Berufserfahrung mit traumatisierten Klientinnen, 40 Std./Woche, 70% der Klientinnen sind traumatisiert, ca. 18 Std./Woche direkter Kontakt mit traumatisierten Klientinnen, Schwerpunkt: Monotrauma, Setting: Einzeltherapie;

IP12: weiblich, 53 Jahre, Psychologin, Ausbildungen in: Gesprächspsychotherapie, Hypnotherapie; seit 25 Jahren psychotherapeutisch tätig, 25 Jahre Berufserfahrung mit traumatisierten Klientinnen, 27 Std./Woche, 100% der Klientinnen sind traumatisiert, ca. 20 Std./Woche direkter Kontakt mit traumatisierten Klientinnen, Schwerpunkt: sexualisierte Gewalt, Kinder- und Jugend, Setting: Einzeltherapie; Exposition: 75%

IP13: weiblich, 47 Jahre, Ärztin, Ausbildungen in: analytische und tiefenpsychologische Therapie, Gesprächspsychotherapie, Hypnotherapie, PITT, EMDR; seit 20 Jahren psychotherapeutisch tätig, 14 Jahre Berufserfahrung mit traumatisierten Klientinnen, 40 Std./Woche, 75% der Klientinnen sind traumatisiert, ca. 10 Std./Woche direkter Kontakt mit traumatisierten Klientinnen, Schwerpunkt: hoch dissoziative Klientinnen, Setting: Einzel- und Gruppentherapie; Exposition: 10%

Anhang B

IP14: weiblich, 53 Jahre, Diplompädagogin, Ausbildungen in: tiefenpsychologischer und feministischer Therapie, traumaspezifischer Therapie bei Kindern und Jugendlichen; seit 15 Jahren psychotherapeutisch tätig, 14 Jahre Berufserfahrung mit traumatisierten Klientinnen, 40 Std./Woche, 80% der Klientinnen sind traumatisiert, ca. 24 Std./Woche direkter Kontakt mit traumatisierten Klientinnen, Schwerpunkt: Dissoziative Identitätsstörung, Zulassung für Kinder und Jugendliche, Setting: Einzeltherapie 30% Erwachsene, 30% Kinder, 30% Weiterbildung/Supervision; Exposition: 70%

IP15: männlich, 52 Jahre, Arzt, Ausbildungen in: tiefenpsychologischer Therapie, Verhaltenstherapie, Körpertherapie, EMDR, traumaspezifischer Therapie; seit 20 Jahren psychotherapeutisch tätig, 10 Jahre Berufserfahrung mit traumatisierten Klientinnen, 60 Std./Woche, 20% der Klientinnen sind traumatisiert, ca. 4 Std./Woche direkter Kontakt mit traumatisierten Klientinnen, Schwerpunkt: chronisch komplexe Traumatisierungen, Setting: Einzeltherapie; Exposition: 30%

IP16: weiblich, 31 Jahre, Psychologin, Ausbildungen in: Verhaltenstherapie, IRRT, EMDR, traumaspezifischer Therapie; seit 7 Jahren psychotherapeutisch tätig, 4 Jahre Berufserfahrung mit traumatisierten Klientinnen, 40 Std./Woche, 100% der Klientinnen sind traumatisiert, ca. 16 Std./Woche direkter Kontakt mit traumatisierten Klientinnen, Schwerpunkt: chronisch komplexe Traumatisierungen, Setting: Einzeltherapie; Exposition: 50%

IP17: weiblich, 32 Jahre, Psychologin, Ausbildungen in: Verhaltenstherapie, EMDR, IRRT, traumaspezifischer Therapie; seit 4 Jahren psychotherapeutisch tätig, 3 Jahre Berufserfahrung mit traumatisierten Klientinnen, 40 Std./Woche, 100% der Klientinnen sind traumatisiert, ca. 26 Std./Woche direkter Kontakt mit traumatisierten Klientinnen, Schwerpunkt: Frauen, komplexe Traumatisierungen, Setting: Einzel- und Gruppentherapie; Exposition: 70%

IP18: weiblich, 33 Jahre, Psychologin, Ausbildungen in: tiefenpsychologischer Therapie, PITT; seit 5 Jahren psychotherapeutisch tätig, 5 Jahre Berufserfahrung mit traumatisierten Klientinnen, 40 Std./Woche, 100% der Klientinnen sind traumatisiert, ca. 20 Std./Woche direkter Kontakt mit traumatisierten Klientinnen, Schwerpunkt: komplexe Traumatisierungen, sexualisierte Gewalt, Setting: Einzel- und Gruppentherapie; Exposition: 70%

IP19: weiblich, 44 Jahre, Psychologin, Ausbildungen in: Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie, Psychodrama, EMDR; seit 16 Jahren psychotherapeutisch tätig, 14 Jahre Berufserfahrung mit traumatisierten Klientinnen, 10 Std./Woche, 70% der Klientinnen sind traumatisiert, ca. 4 Std./Woche direkter Kontakt mit traumatisierten Klientinnen, Schwerpunkt: - , Setting: Einzeltherapie; Exposition: 50%

IP20: weiblich, 35 Jahre, Psychologin, Ausbildungen in: Gesprächspsychotherapie, Hypnotherapie; seit 6 Jahren psychotherapeutisch tätig, 6 Jahre Berufserfahrung mit traumatisierten Klientinnen, 30 Std./Woche, 15% der Klientinnen sind traumatisiert, ca. 2 Std./Woche direkter Kontakt mit traumatisierten Klientinnen, Schwerpunkt: - , Setting: Einzeltherapie; Exposition: 100%

IP21: weiblich, 53 Jahre, Psychologin, Ausbildungen in: Gestalttherapie, Hypnotherapie, traumaspezifische Therapie; seit 27 Jahren psychotherapeutisch tätig, 27 Jahre Berufserfahrung mit traumatisierten Klientinnen, 20 Std./Woche, 100% der Klientinnen sind traumatisiert, ca. 5 Std./Woche direkter Kontakt mit traumatisierten Klientinnen, Schwerpunkt: Dissoziative Identitätsstörung, Setting: Einzel- und Gruppentherapie; Exposition: 100%

IP22: weiblich, 55 Jahre, Psychologin, Ausbildungen in: Gesprächspsychotherapie, Verhaltenstherapie, KBT; seit 15 Jahren psychotherapeutisch tätig, 15 Jahre Berufserfahrung mit traumatisierten Klientinnen, 40 Std./Woche, 60% der Klientinnen sind traumatisiert, ca. 20

Anhang B

Std./Woche direkter Kontakt mit traumatisierten Klientinnen, Schwerpunkt: LVA-Reha, Setting: Einzel- und Gruppentherapie; Exposition: 40%

IP23: weiblich, 47 Jahre, Diplompädagogin, Ausbildungen in: traumaspezifischer Therapie; seit 15 Jahren psychotherapeutisch tätig, 15 Jahre Berufserfahrung mit traumatisierten Klientinnen, 40 Std./Woche, 100% der Klientinnen sind traumatisiert, ca. 8 Std./Woche direkter Kontakt mit traumatisierten Klientinnen, Schwerpunkt: komplexe Traumatisierungen, sexualisierte Gewalt, Setting: Einzeltherapie; Exposition: 40%

IP24: weiblich, 35 Jahre, Psychologin, Ausbildungen in: Verhaltenstherapie, , DBT, NLP; seit 5 Jahren psychotherapeutisch tätig, 5 Jahre Berufserfahrung mit traumatisierten Klientinnen, 25 Std./Woche, 70% der Klientinnen sind traumatisiert, ca. 14 Std./Woche direkter Kontakt mit traumatisierten Klientinnen, Schwerpunkt: akute Traumatisierung, Borderlinestörung, Setting: Einzeltherapie; Exposition: 80%

IP25: männlich, 42 Jahre, Psychologe, Ausbildungen in: Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie, Onkologie; seit 14 Jahren psychotherapeutisch tätig, 10 Jahre Berufserfahrung mit traumatisierten Klientinnen, 30 Std./Woche, 30% der Klientinnen sind traumatisiert, - direkter Kontakt mit traumatisierten Klientinnen, Schwerpunkt: Onkologie, Setting: Einzeltherapie; Exposition: 80%

Anhang C: Code-Referenzen

Code-Referenzen für die Interviews mit betroffenen Therapeutinnen:

Code: Auslöser {18-0}

P 1: IP 1.txt

3 - 7

P 4: IP 4.txt

10 - 12

P 7: IP 7.txt

437 - 439

P12: IP 12 Burnout.txt

86 - 98

P13: IP 13.txt

48 - 59, 64 - 85, 101 - 118

P20: IP 20.txt

6 - 8, 233 - 253, 346 - 364

P21: IP 21.txt

24 - 28, 168 - 173, 357 - 373

P23: IP 23.txt

27 - 62

P24: IP 24.txt

364 - 372, 378 - 382

P25: IP 25.txt

68 - 75, 113 - 118

Code: B1: Intrusion von Bildern, Gedanken, Wahrnehmungen {51-1}

P 1: IP 1.txt

110 - 112, 120 - 128

P 4: IP 4.txt

194 - 241, 467 - 470

P 5: IP 5.txt

44 - 44, 62 - 66, 76 - 82, 84 - 92, 479 - 487

P 6: IP 6.txt

51 - 57, 66 - 72

P 8: IP 8.txt

198 - 202, 208 - 274, 275 - 282

P 9: IP 9.txt

28 - 38, 70 - 93, 104 - 120

P11: IP 11.txt

470 - 488

P12: IP 12 Burnout.txt

130 - 132, 144 - 149

P13: IP 13.txt

22 - 24, 128 - 131, 151 - 244, 467 - 475, 483 - 486,

579 - 592

P14: IP 14.txt

184 - 191, 211 - 221

P16: IP 16.txt

93 - 112, 119 - 178, 198 - 217

P18: IP 18.txt

46 - 61

P19: IP 19.txt

71 - 109

P20: IP 20.txt

100 - 118

P21: IP 21.txt

60 - 77, 196 - 243, 249 - 260

P22: IP 22.txt

46 - 48, 83 - 119

P23: IP 23.txt

178 - 254, 399 - 440, 469 - 488

P24: IP 24.txt

Anhang C

57 - 57, 94 - 97, 98 - 146, 168 -
180, 196 - 205, 309

- 318, 324 - 332

P25: IP 25.txt

144 - 255, 261 - 282

Code: B2: Albträume {15-1}

P 4: IP 4.txt

23 - 25, 80 - 88, 122 - 187

P 5: IP 5.txt

109 - 116, 191 - 211, 226 - 252

P 7: IP 7.txt

223 - 224

P 9: IP 9.txt

54 - 70, 94 - 102, 126 - 164, 333 -
334

P16: IP 16.txt

35 - 81

P21: IP 21.txt

196 - 243

P23: IP 23.txt

248 - 249, 399 - 440

Code: B4: Psychische Belastung
bei Hinweisreizen {10-1}

P 6: IP 6.txt

62 - 66

P 7: IP 7.txt

199 - 201, 340 - 343

P13: IP 13.txt

467 - 475

P16: IP 16.txt

179 - 196, 198 - 217

P19: IP 19.txt

71 - 109

P20: IP 20.txt

100 - 118

P23: IP 23.txt

255 - 278

P24: IP 24.txt

78 - 92

Code: B5: Körperliche Reaktion bei
internalen/externalen

Hinweisreizen {11-1}

P 4: IP 4.txt

224 - 241

P 7: IP 7.txt

148 - 150

P16: IP 16.txt

179 - 196

P19: IP 19.txt

71 - 109

P20: IP 20.txt

55 - 57, 59 - 79

P21: IP 21.txt

249 - 260

P22: IP 22.txt

83 - 119, 119 - 129

P23: IP 23.txt

255 - 278

P25: IP 25.txt

403 - 417

Code: C2: Vermeidung
Orte/Dinge/Personen/Aktivitäten
{7-1}

P 5: IP 5.txt

176 - 182

P 6: IP 6.txt

611 - 625

P 7: IP 7.txt

391 - 405

P13: IP 13.txt

445 - 462, 507 - 518, 568 - 577

P14: IP 14.txt

349 - 359

Code: C4: vermindertes
Interesse/Aktivität {13-1}

P 1: IP 1.txt

135 - 136

P 4: IP 4.txt

281 - 287, 485 - 486

P 5: IP 5.txt

161 - 163

P 6: IP 6.txt

495 - 498

P 8: IP 8.txt

125 - 129

P13: IP 13.txt

488 - 494, 507 - 518, 559 - 566

P16: IP 16.txt

353 - 363

P21: IP 21.txt

50 - 53, 146 - 148, 290 - 303

Code: C5: Gefühl der
Losgelöstheit, Entfremdung {11-1}

P 5: IP 5.txt

607 - 617

P11: IP 11.txt

445 - 453

P13: IP 13.txt

497 - 505, 525 - 536, 559 - 566

P16: IP 16.txt

260 - 288

P19: IP 19.txt

199 - 203

P20: IP 20.txt

156 - 165

P21: IP 21.txt

146 - 148, 178 - 194

P23: IP 23.txt

91 - 99

Code: C6: eingeschränkte
Bandbreite des Affekts {7-1}

P 5: IP 5.txt

607 - 617

P 8: IP 8.txt

131 - 134

P13: IP 13.txt

559 - 566

P16: IP 16.txt

260 - 288

P21: IP 21.txt

277 - 284

P23: IP 23.txt

16 - 19

P24: IP 24.txt

243 - 249

Anhang C

Code: Coping {24-0}

P 1: IP 1.txt

202 - 219, 235 - 239, 248 - 258

P 2: IP 2.txt

309 - 323, 343 - 347

P 4: IP 4.txt

470 - 478

P 5: IP 5.txt

495 - 529

P 6: IP 6.txt

183 - 186

P 7: IP 7.txt

672 - 693

P 8: IP 8.txt

412 - 423

P 9: IP 9.txt

214 - 221, 387 - 390

P10: IP10.txt

266 - 270

P13: IP 13.txt

246 - 270, 478 - 483, 538 - 553,
650 - 666

P20: IP 20.txt

190 - 199

P21: IP 21.txt

244 - 248, 375 - 402

P22: IP 22.txt

153 - 163, 222 - 241

P23: IP 23.txt

604 - 619, 682 - 686

Code: D1: Ein- und
Durchschlafstörung {22-1}

P 1: IP 1.txt

111 - 111, 183 - 183

P 2: IP 2.txt

359 - 362, 359 - 362

P 4: IP 4.txt

80 - 84, 94 - 96

P 5: IP 5.txt

118 - 125

P 8: IP 8.txt

104 - 110

P13: IP 13.txt

59 - 60, 347 - 361

P14: IP 14.txt

184 - 191, 211 - 221

P16: IP 16.txt

35 - 81

P18: IP 18.txt

46 - 61, 70 - 73

P20: IP 20.txt

42 - 43, 80 - 85

P21: IP 21.txt

49 - 49, 55 - 58

P23: IP 23.txt

7 - 8, 399 - 440

P25: IP 25.txt

266 - 267

Code: D2: Reizbarkeit,

Wutausbrüche {12-1}

P 8: IP 8.txt

15 - 15, 32 - 38

P 9: IP 9.txt

190 - 194

P13: IP 13.txt

362 - 365

P18: IP 18.txt	68 - 71
80 - 83	P 4: IP 4.txt
P19: IP 19.txt	100 - 104, 110 - 121
168 - 176	P 6: IP 6.txt
P20: IP 20.txt	517 - 531
87 - 98	P 7: IP 7.txt
P21: IP 21.txt	17 - 22, 388 - 389
49 - 49, 79 - 88, 101 - 103	P 9: IP 9.txt
P23: IP 23.txt	167 - 179
442 - 452	P13: IP 13.txt
P24: IP 24.txt	131 - 133, 434 - 439
265 - 277	P16: IP 16.txt
Code: D3:	8 - 13, 85 - 88, 119 - 178
Konzentrationschwierigkeiten {10-1}	P18: IP 18.txt
P 1: IP 1.txt	85 - 111, 112 - 123
304 - 309	P19: IP 19.txt
P 8: IP 8.txt	110 - 117
112 - 124	P20: IP 20.txt
P 9: IP 9.txt	40 - 41, 59 - 79
196 - 206	P23: IP 23.txt
P13: IP 13.txt	382 - 384
367 - 376	Code: D5: übertriebene
P21: IP 21.txt	Schreckreaktion {7-1}
14 - 19, 106 - 119, 286 - 289, 407 - 408	P 1: IP 1.txt
P23: IP 23.txt	183 - 183, 183 - 183
385 - 393	P13: IP 13.txt
P24: IP 24.txt	434 - 439
251 - 264	P18: IP 18.txt
Code: D4: Hypervigilanz {18-1}	112 - 123
P 2: IP 2.txt	P20: IP 20.txt
	131 - 138
	P21: IP 21.txt
	95 - 102

Anhang C

P25: IP 25.txt
303 - 305

Code: Dep1:
niedergeschlagene/traurige
Stimmung/Leere {8-0}

P 1: IP 1.txt
9 - 10

P 2: IP 2.txt
21 - 23

P 6: IP 6.txt
24 - 26

P 8: IP 8.txt
485 - 487

P21: IP 21.txt
14 - 19, 50 - 53

P23: IP 23.txt
16 - 19

P26: IP14-2.txt
5 - 6

Code: Dep6:
Müdigkeit/Energiemangel {10-0}

P 1: IP 1.txt
24 - 25

P 4: IP 4.txt
281 - 287

P 6: IP 6.txt
495 - 498

P 7: IP 7.txt
250 - 250

P12: IP 12 Burnout.txt
149 - 152, 159 - 165, 178 - 189

P21: IP 21.txt

407 - 408, 410 - 413

P26: IP14-2.txt
9 - 9

Code: Dep9:
Todesgedanken/Suizidalität {3-0}

P 7: IP 7.txt
457 - 458, 469 - 474

P26: IP14-2.txt
3 - 11

Code: Eigenes
Sicherheitsempfinden {32-0}

P 2: IP 2.txt
68 - 71

P 5: IP 5.txt
141 - 149

P 7: IP 7.txt
17 - 22, 30 - 33, 51 - 88, 99 - 150,
215 - 223, 257 -
329, 340 - 343

P 9: IP 9.txt
167 - 179

P13: IP 13.txt
131 - 133, 134 - 137, 377 - 432

P16: IP 16.txt
8 - 13, 15 - 16, 85 - 88

P18: IP 18.txt
9 - 11, 85 - 111, 112 - 123, 125 -
136

P19: IP 19.txt
51 - 59, 68 - 71, 257 - 272

P20: IP 20.txt
13 - 25, 33 - 60, 59 - 79

P21: IP 21.txt
120 - 134, 136 - 163, 290 - 303

P23: IP 23.txt
15 - 16, 359 - 377

P25: IP 25.txt
306 - 316

Code: Emotionale Erschöpfung {8-0}

P 1: IP 1.txt
161 - 172

P 4: IP 4.txt
485 - 498

P 6: IP 6.txt
510 - 513

P12: IP 12 Burnout.txt
159 - 165, 178 - 189

P21: IP 21.txt
14 - 19, 178 - 182

P24: IP 24.txt
243 - 249

Code: Grübeln {16-0}

P 2: IP 2.txt
23 - 27, 33 - 36, 359 - 362

P 5: IP 5.txt
13 - 18, 88 - 90

P 9: IP 9.txt
28 - 38

P10: IP10.txt
14 - 25

P11: IP 11.txt
20 - 28, 46 - 53

P13: IP 13.txt
22 - 24, 294 - 313

P14: IP 14.txt
211 - 221

P16: IP 16.txt
93 - 112

P21: IP 21.txt
60 - 77

P23: IP 23.txt
399 - 440

P24: IP 24.txt
72 - 78

Code:

Hoffnungslosigkeit/Entsetzen/Trauer {12-0}

P 2: IP 2.txt
36 - 38, 86 - 90

P 5: IP 5.txt
13 - 18, 355 - 364

P 6: IP 6.txt
24 - 27, 125 - 128

P 7: IP 7.txt
173 - 178

P 8: IP 8.txt
485 - 487

P10: IP10.txt
46 - 53

P13: IP 13.txt
24 - 26, 137 - 149

P23: IP 23.txt
546 - 554

Code: Hyperarousal {7-0}

Anhang C

P 1: IP 1.txt
128 - 130, 175 - 183

P 2: IP 2.txt
85 - 86, 359 - 362

P16: IP 16.txt
347 - 351

P24: IP 24.txt
41 - 57, 57 - 61

Code: Krankheit {6-0}

P 1: IP 1.txt
129 - 130

P12: IP 12 Burnout.txt
30 - 32

P13: IP 13.txt
597 - 600

P19: IP 19.txt
182 - 185

P24: IP 24.txt
298 - 303

P25: IP 25.txt
403 - 417

Code: Parallel eigenes Leben -
KlientIn {12-0}

P 2: IP 2.txt
83 - 87, 92 - 100, 225 - 237

P 9: IP 9.txt
38 - 52, 126 - 164, 354 - 365

P11: IP 11.txt
99 - 145

P20: IP 20.txt
27 - 34

P25: IP 25.txt

34 - 37, 48 - 50, 56 - 58, 630 -
645

Code: Peritraumatische
Dissoziation {17-0}

P 4: IP 4.txt
351 - 376, 391 - 395, 400 - 427

P 5: IP 5.txt
387 - 389, 405 - 424

P 6: IP 6.txt
238 - 288, 357 - 380, 399 - 432

P 7: IP 7.txt
617 - 656

P 9: IP 9.txt
226 - 234, 279 - 325, 334 - 338

P12: IP 12 Burnout.txt
511 - 526, 548 - 571

P16: IP 16.txt
440 - 465

P21: IP 21.txt
464 - 486

P24: IP 24.txt
649 - 660

Code: Positive Aspekte der Arbeit
{6-0}

P 1: IP 1.txt
290 - 302

P 2: IP 2.txt
343 - 347

P 4: IP 4.txt
510 - 513, 582 - 587

P 5: IP 5.txt
718 - 722

P 6: IP 6.txt
780 - 789

Code: Prävention {16-0}

P 1: IP 1.txt
202 - 219, 223 - 226, 248 - 258

P 4: IP 4.txt
271 - 279, 547 - 551

P 5: IP 5.txt
286 - 298, 657 - 678

P 6: IP 6.txt
183 - 186, 199 - 225, 578 - 609

P 7: IP 7.txt
672 - 693, 697 - 706

P 8: IP 8.txt
412 - 423

P10: IP10.txt
266 - 270

P13: IP 13.txt
724 - 738

P25: IP 25.txt
603 - 615

Code: Primäre Traumatisierung {6-0}

P 6: IP 6.txt
289 - 331, 345 - 346, 739 - 764

P16: IP 16.txt
35 - 81, 495 - 508

P21: IP 21.txt
120 - 134

Code: Residuun {2-0}

P 7: IP 7.txt

673 - 679

P16: IP 16.txt
370 - 378

Code: Risikofaktor? {9-0}

P 4: IP 4.txt
169 - 171, 257 - 264, 294 - 345

P 6: IP 6.txt
165 - 177

P13: IP 13.txt
137 - 149, 668 - 699

P16: IP 16.txt
234 - 237

P19: IP 19.txt
222 - 233

P24: IP 24.txt
618 - 636

Code: Rückgang der Symptomatik {9-0}

P 4: IP 4.txt
443 - 449

P 5: IP 5.txt
452 - 477

P13: IP 13.txt
629 - 642

P21: IP 21.txt
375 - 402

P23: IP 23.txt
490 - 526

P24: IP 24.txt
324 - 328, 353 - 361, 438 - 445

P25: IP 25.txt
418 - 427

Anhang C

Code: Schemata {16-0}

P 4: IP 4.txt

507 - 535

P 5: IP 5.txt

542 - 639

P 6: IP 6.txt

637 - 736

P 7: IP 7.txt

718 - 768

P 8: IP 8.txt

428 - 492

P 9: IP 9.txt

395 - 462

P10: IP10.txt

272 - 308

P11: IP 11.txt

390 - 460

P13: IP 13.txt

744 - 834

P14: IP 14.txt

382 - 408

P18: IP 18.txt

150 - 181

P20: IP 20.txt

369 - 400

P23: IP 23.txt

623 - 661, 663 - 686

P24: IP 24.txt

494 - 544

P25: IP 25.txt

518 - 554

Code: Schuld/Scham {5-0}

P 9: IP 9.txt

370 - 376

P10: IP10.txt

114 - 117

P16: IP 16.txt

306 - 334

P20: IP 20.txt

209 - 217

P25: IP 25.txt

379 - 398

Code: Schutz während der Exposition {24-0}

P 1: IP 1.txt

62 - 68, 78 - 82, 87 - 90, 99 - 102

P 2: IP 2.txt

107 - 136, 142 - 152

P 5: IP 5.txt

308 - 319

P 6: IP 6.txt

231 - 237, 289 - 331, 336 - 341

P 8: IP 8.txt

358 - 382, 392 - 397

P11: IP 11.txt

248 - 261

P12: IP 12 Burnout.txt

204 - 462, 463 - 498

P14: IP 14.txt

240 - 245, 298 - 320

P16: IP 16.txt

476 - 485

P21: IP 21.txt

430 - 462, 487 - 497

P22: IP 22.txt

174 - 221	P 9: IP 9.txt
P24: IP 24.txt	19 - 23
575 - 593, 594 - 610	P13: IP 13.txt
P25: IP 25.txt	608 - 623
558 - 595	P21: IP 21.txt
	55 - 58
Code: Sog/Suchtcharakter des	P23: IP 23.txt
Traumata {26-0}	457 - 459
P 7: IP 7.txt	P25: IP 25.txt
186 - 187, 224 - 225, 338 - 339,	489 - 505
345 - 348, 375 -	
380, 375 - 379	Code: Abstand {15-0}
P18: IP 18.txt	P 4: IP 4.txt
5 - 9, 11 - 13, 22 - 47, 75 - 78	15 - 17
P20: IP 20.txt	P 5: IP 5.txt
90 - 97	8 - 8
P21: IP 21.txt	P 6: IP 6.txt
350 - 373, 421 - 424	14 - 17
P23: IP 23.txt	P 7: IP 7.txt
8 - 15, 41 - 44, 80 - 86, 163 - 165,	12 - 12
286 - 298, 310 -	P 8: IP 8.txt
312	222 - 223
P24: IP 24.txt	P10: IP 10.txt
234 - 237, 255 - 262, 372 - 377,	8 - 9
394 - 405, 407 -	P12: IP 12.txt
409, 447 - 465	21 - 24
P25: IP 25.txt	P14: IP 14.txt
54 - 56	11 - 12
	P16: IP 16.txt
Code: Suchtverhalten {7-0}	6 - 6
P 1: IP 1.txt	P20: IP 20.txt
113 - 118	6 - 6
P 4: IP 4.txt	P21: IP 21.txt
569 - 576	9 - 9

Anhang C

P22: IP 22.txt

6 - 6

P23: IP 23.txt

4 - 4

P24: IP 24.txt

4 - 4

P25: IP 25.txt

4 - 4

Code: Anzahl belastender Phasen

{10-0}

P 4: IP 4.txt

15 - 17

P 6: IP 6.txt

1 - 8

P 8: IP 8.txt

8 - 11, 198 - 199

P 9: IP 9.txt

6 - 9

P10: IP 10.txt

4 - 4

P11: IP 11.txt

11 - 15

P12: IP 12.txt

11 - 13

P13: IP 13.txt

12 - 15

P14: IP 14.txt

6 - 8

Code: Dauer der Belastung {14-0}

P 7: IP 7.txt

37 - 37, 531 - 532

P 8: IP 8.txt

28 - 31, 211 - 213

P10: IP 10.txt

88 - 97

P13: IP 13.txt

534 - 536

P19: IP 19.txt

3 - 4

P20: IP 20.txt

174 - 184

P21: IP 21.txt

37 - 38

P22: IP 22.txt

23 - 24

P23: IP 23.txt

490 - 493, 520 - 523

P24: IP 24.txt

70 - 71

P25: IP 25.txt

421 - 421

Code: langfristig vs. kurzfristig

Veränderung bei ST {3-0}

P 5: IP 5.txt

642 - 651

P 6: IP 6.txt

772 - 775

P26: S1.txt

43 - 68

Code: Rückgang der Symptomatik

{16-0}

P 4: IP 4.txt

446 - 449

P 5: IP 5.txt

452 - 491	116 - 118, 350 - 359
P 7: IP 7.txt	
37 - 38, 522 - 531, 531 - 532	Code: Auslöser {11-0}
P 8: IP 8.txt	P 1: S1.txt
55 - 66, 295 - 296	43 - 67
P13: IP 13.txt	P 2: S2.txt
629 - 630	10 - 14
P14: IP 14.txt	P 3: S3.txt
430 - 438	36 - 44, 48 - 75, 121 - 134
P16: IP 16.txt	P 4: S4.txt
365 - 370	242 - 250, 257 - 267
P20: IP 20.txt	P 6: S 6.txt
171 - 188	49 - 68, 155 - 190, 286 - 295, 497
P21: IP 21.txt	- 510
37 - 38	
P23: IP 23.txt	Code: Ähnlichkeit mit Klientin oder
498 - 502, 524 - 526	Trauma {2-0}
P24: IP 24.txt	P 1: S1.txt
438 - 442	91 - 95
P25: IP 25.txt	P 6: S 6.txt
425 - 426	334 - 337
Code-Referenzen für die	Code: Depression {3-0}
Interviews mit Supervisorinnen:	P 4: S4.txt
	98 - 98, 196 - 202
Code: Anteil an TraumaklientInnen	P 6: S 6.txt
{2-0}	129 - 148
P 2: S2.txt	
5 - 7	Code: Distanzierung {5-0}
P 4: S4.txt	P 4: S4.txt
359 - 362	450 - 457, 476 - 485
	P 6: S 6.txt
Code: Ausbildung {2-0}	191 - 219, 347 - 355, 455 - 486
P 4: S4.txt	

Anhang C

Code: Emotionale Erschöpfung {1-0}

P 4: S4.txt
211 - 225

Code: Erste Anzeichen {9-0}

P 2: S2.txt
8 - 9

P 3: S3.txt
32 - 37

P 4: S4.txt
10 - 15, 15 - 18, 18 - 22, 42 - 46,
48 - 63, 280 -
283

P 6: S 6.txt
314 - 319

Code: Hyperarousal {4-0}

P 4: S4.txt
98 - 98, 101 - 102, 176 - 180, 208
- 209

Code: Kognitive Schemata {2-0}

P 4: S4.txt
227 - 240
P 6: S 6.txt
129 - 148

Code: Paranoia {5-0}

P 4: S4.txt
125 - 135, 153 - 160, 162 - 174
P 5: S 5.txt
56 - 62
P 6: S 6.txt

111 - 129

Code: Peritraumatische
Dissoziation {3-0}

P 4: S4.txt
457 - 476, 486 - 506

P 6: S 6.txt
455 - 486

Code: Prävalenz {13-0}

P 1: S1.txt
7 - 9, 19 - 22

P 4: S4.txt
3 - 6, 35 - 39, 277 - 285

P 5: S 5.txt
3 - 9, 22 - 31, 36 - 42, 48 - 54

P 6: S 6.txt
3 - 8, 14 - 17, 19 - 23, 38 - 40

Code: Prävention {7-0}

P 1: S1.txt
97 - 106

P 3: S3.txt
135 - 152

P 5: S 5.txt
63 - 78

P 6: S 6.txt
155 - 190, 221 - 295, 359 - 363,
497 - 510

Code: Primäre Traumatisierung
{12-0}

P 1: S1.txt
69 - 89

P 2: S2.txt

16 - 30

P 3: S3.txt

75 - 103, 104 - 120

P 4: S4.txt

22 - 26, 118 - 123, 250 - 255, 405
- 425, 432 - 444

P 6: S 6.txt

6 - 13, 73 - 74, 411 - 454

Code: Sog/Suchtcharakter des
Traumas {3-0}

P 4: S4.txt

363 - 368, 379 - 384, 386 - 404

Code: Sucht {1-0}

P 4: S4.txt

102 - 103

Code: Symptomatik allgemein {6-
0}

P 1: S1.txt

24 - 41

P 4: S4.txt

97 - 103, 269 - 275

P 6: S 6.txt

79 - 102, 103 - 112, 129 - 148

Code: Tabuisierung {3-0}

P 4: S4.txt

30 - 33, 304 - 308

P 5: S 5.txt

9 - 14

Code: Vermeidung {4-0}

P 4: S4.txt

98 - 98, 190 - 196, 207 - 208, 209
- 226

Code: Wiedererleben {4-0}

P 4: S4.txt

88 - 89, 99 - 101, 105 - 116, 202 -
207

Anhang D: Untersuchungsinstrument der Interviewstudie - Ausdruck

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Ich möchte mit Hilfe dieser Studie untersuchen, wie häufig bestimmte arbeitsbedingte Belastungen auftreten. Dabei möchte ich zwischen zwei Belastungsformen unterscheiden: Zunächst geht es um Belastungen im Beruf, die durch eigenes Erleben mit eigenen sensorischen Eindrücken zustande kommen.

Im zweiten Teil werden Belastungen erfragt, die vermittelt über das Anhören der Erlebnisse unserer Klientinnen und Klienten entstehen. Das Ausfüllen des Fragebogens dauert ca. 10 Minuten.

Vielen Dank für Ihr Engagement!

Alter	
Geschlecht	
Nationalität	
Muttersprache	
Beruf	
Berufserfahrung in Jahren	
Haben Sie im Rahmen Ihrer beruflichen Tätigkeit schon einmal selbst einen tätlichen Angriff erlebt oder beobachtet?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie im Rahmen Ihrer beruflichen Tätigkeit schon einmal eine akute Bedrohungssituation erlebt oder beobachtet, die Tod oder Verletzung hätte zur Folge haben können?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Fühlten Sie sich während dieses Erlebnisses hilflos?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Hatten Sie während dieses Erlebnisses starke Angst oder waren voller Entsetzen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Eigenes Erlebnis im Beruf

Denken Sie bitte an das belastende Ereignis (bei mehreren Ereignissen bitte an jenes, welches Sie am stärksten belastet hat). Geben Sie im folgenden an, wie Sie in der ersten Woche nach dem Ereignis dazu gestanden haben, indem Sie für jede der folgenden Reaktionen ankreuzen, wie häufig diese bei Ihnen aufgetreten ist:

1 = überhaupt nicht	2 = selten	3 = manchmal	4 = oft
---------------------	------------	--------------	---------

1. Immer, wenn ich an das Ereignis erinnert wurde, kehrten die Gefühle wieder.	
2. Ich hatte Schwierigkeiten nachts durchzuschlafen.	
3. Andere Dinge erinnerten mich wieder daran.	
4. Ich fühlte mich reizbar und ärgerlich.	
5. Ich versuchte, mich nicht aufzuregen, wenn ich daran dachte oder daran erinnert wurde.	
6. Auch ohne dies zu beabsichtigen, musste ich daran denken.	
7. Es kam mir so vor, als ob es gar nicht geschehen wäre oder irgendwie unwirklich war.	
8. Ich versuchte, Erinnerungen daran aus dem Weg zu gehen.	
9. Bilder, die mit dem Ereignis zu tun hatten, kamen mir plötzlich in den Sinn.	
10. Ich war leicht reizbar und schreckhaft.	
11. Ich versuchte, nicht daran zu denken.	
12. Ich merkte zwar, dass meine Gefühle durch das Ereignis noch sehr aufgewühlt waren, aber ich beschäftigte mich nicht mit ihnen.	
13. Die Gefühle, die das Ereignis in mir auslöste, waren ein bisschen wie abgestumpft.	
14. Ich stellte fest, dass ich handelte oder fühlte, als ob ich in die Zeit (des Ereignisses) zurückversetzt sei.	
15. Ich konnte nicht einschlafen.	

16. Es kam vor, dass die Gefühle, die mit dem Ereignis zusammenhingen, plötzlich für kurze Zeit viel heftiger wurden.	
17. Ich versuchte, das Ereignis aus meiner Erinnerung zu streichen.	
18. Es fiel mir schwer, mich zu konzentrieren.	
19. Die Erinnerung daran löste bei mir körperliche Reaktionen aus, wie Schwitzen, Atemnot, Schwindel oder Herzklopfen.	
20. Ich träumte davon.	
21. Ich empfand mich selber als sehr vorsichtig, aufmerksam und hellhörig.	
22. Ich versuchte, nicht darüber zu sprechen.	

Wie lange hielten diese Reaktionen an?

- Ich erlebte keine der oben beschriebenen Reaktionen.
- Sie sind innerhalb von vier Wochen abgeklungen.
- Sie hielten zwischen 4 und 12 Wochen an.
- Sie hielten zwischen 3 und 6 Monaten an.
- Sie hielten länger als 6 Monate an.
- Ich leide heute noch unter manchen der oben beschriebenen Reaktionen.

Übertragene Belastung im Beruf

Nun geht es um Belastungen im Beruf, die vermittelt über das Anhören der Erlebnisse unserer Klientinnen und Klienten entstehen. Gemeint sind also Situationen, die Sie nicht selbst (mit-)erlebt haben, sondern von denen Sie nur gehört oder anderweitig erfahren haben.

Bitte erinnern Sie sich an Ihre gesamte Berufserfahrung und schätzen Sie ein, wie häufig Sie in dieser Zeit mit deutlicher Belastung – also über die Arbeitszeit hinaus – auf solche Schilderungen reagiert haben:

Bitte erinnern Sie sich nun zurück an die Phase ihrer Berufstätigkeit, in der Sie sich am stärksten durch das Anhören/Anteilnehmen am Schicksal einer Klientin/eines Klienten belastet gefühlt haben.

Während des Anhörens /Anteilnehmens...

... fühlten Sie sich hilflos? Ja Nein

... hatten Sie starke Angst oder waren voller Entsetzen? Ja Nein

Denken Sie bitte an diese Belastungsphase. Geben Sie im folgenden an, wie Sie in der ersten Woche dazu gestanden haben, indem Sie für jede der folgenden Reaktionen ankreuzen, wie häufig diese bei Ihnen aufgetreten ist:

1 = nie 2 = selten 3 = manchmal 4 = oft 5 = sehr oft

1.	Ich habe über das, was der Klientin/dem Klienten passiert ist, nachgegrübelt.	
2.	Ich habe unwillentlich an das, was der Klientin/dem Klienten passiert ist, gedacht.	
3.	Mir haben sich visuelle oder körperliche Vorstellungen aufgedrängt, von dem was mir erzählt wurde.	
4.	Es war, als ob ich die Erlebnisse der Klientin/des Klienten nacherleben würde.	
5.	Ich hatte Angst, mir selbst könnte etwas zustoßen.	
6.	Ich hatte belastende Träume, die mit dem Gehörten in Zusammenhang standen.	
7.	Ich habe das, was der Klientin/dem Klienten passiert ist, im Traum beobachtet.	
8.	Ich habe das, was der Klientin/dem Klienten passiert ist so geträumt, als ob es mir passieren würde.	
9.	Wenn ich an das Gehörte erinnert wurde, habe ich mich psychisch belastet gefühlt.	
10.	Wenn ich an das Gehörte erinnert wurde, habe ich mit körperlicher Erregung und Anspannung reagiert.	
11.	Ich habe versucht, nicht an das Gehörte zu denken.	
12.	Ich habe Dinge, Orte oder Aktivitäten vermieden, die mich an das Gehörte erinnerten.	
13.	Ich habe mich von anderen Menschen entfremdet gefühlt.	
14.	Ich habe mich von anderen Menschen zurückgezogen oder war weniger aktiv als sonst.	
15.	Meine Gefühle waren weniger intensiv als sonst.	

Anhang D

16.	Dinge, die mir gewöhnlich Freude bereiten, haben mich nicht mehr so interessiert.	
17.	Ich habe stärker auf meine eigene Sicherheit geachtet.	
18.	Ich habe zusätzliche Vorsichtsmaßnahmen zu meiner eigenen Sicherheit ergriffen.	
19.	Ich habe mich bedroht oder verfolgt gefühlt.	
20.	Ich hatte Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen.	
21.	Ich war schreckhaft.	
22.	Ich hatte Probleme mich zu konzentrieren.	
23.	Ich war gereizt.	
24.	In meinem Team gab es Konflikte und Auseinandersetzungen.	
25.	Ich hatte weniger Lust auf oder Freude an Sexualität.	
26.	Ich habe auf Grund der beruflichen Belastung Alkohol getrunken oder Medikamente eingenommen.	
27.	Mir haben sich Gedanken oder visuelle Vorstellungen von Übergriffen auf mich oder Menschen, die mir nahe stehen, aufgedrängt.	
28.	Ich war gesundheitlich beeinträchtigt, z.B. durch Kopfschmerzen, Übelkeit, Infekte.	
29.	Ich habe häufiger als sonst an meine eigene traumatische Geschichte gedacht oder davon geträumt.	
30.	Ich habe mich als depressiv erlebt.	
31.	Ich habe über Suizid nachgedacht.	
Wie lange hielten diese Reaktionen an?		
<input type="checkbox"/> Ich erlebte keine der oben beschriebenen Reaktionen. <input type="checkbox"/> Sie sind innerhalb von vier Wochen abgeklungen. <input type="checkbox"/> Sie hielten zwischen 4 und 12 Wochen an. <input type="checkbox"/> Sie hielten zwischen 3 und 6 Monaten an. <input type="checkbox"/> Sie hielten länger als 6 Monate an. <input type="checkbox"/> Ich leide heute noch unter manchen der oben beschriebenen Reaktionen.		

Wie lange liegt diese Phase zurück?

Verarbeitung während des Zuhörens/Teilnehmens

Im Folgenden geht es nun darum, wie Sie reagieren, während Ihnen Belastendes erzählt wird.

1 = nie

2 = selten

3 = manchmal

4 = oft

5 = sehr oft

Während ich den belastenden Schilderungen meiner Klientinnen/Klienten zuhöre...	
... habe ich das Bedürfnis mich zu schützen.	
...verändert sich mein Zeitgefühl, so dass mir Dinge ungewöhnlich lange oder kurz vorkommen.	
...verliere ich den Kontakt zu meinen eigenen Gefühlen.	
...gehe ich innerlich bewusst auf Abstand, in dem ich mich auf meine professionelle Rolle konzentriere.	
...bin ich aufgeregt und angespannt.	
...habe ich nicht das Gefühl, aktiv zu entscheiden was ich tue oder schalte ich auf Autopilot.	
... erlebe ich ungewollt Gefühle und Erinnerungen aus meiner Vergangenheit.	
...fühle ich mich wie betäubt.	
...kommt mir die Situation unwirklich oder wie im Film vor.	

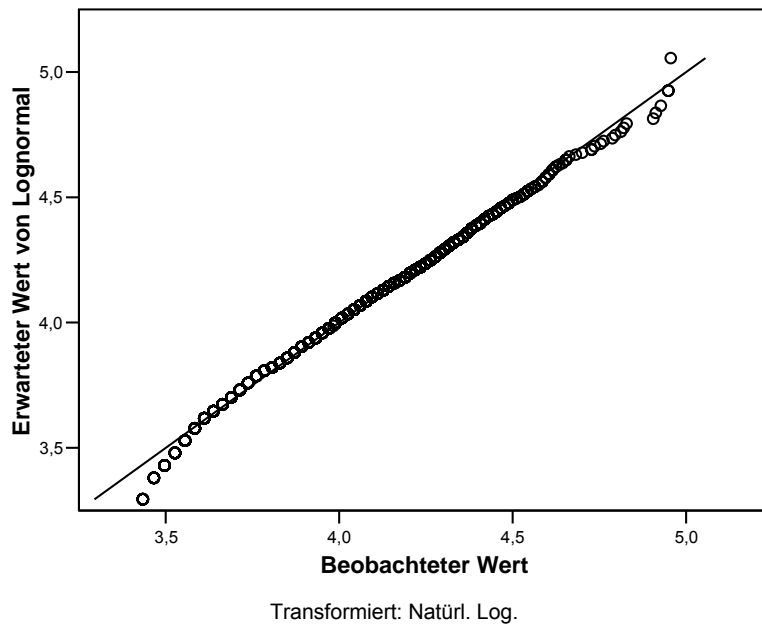
Wie viel Prozent Ihrer Klientinnen/Klienten haben eine traumatische Situation erlebt, z.B. Überfall, Vergewaltigung, Unfall, Missbrauch in der Kindheit?

Bei wie viel Prozent Ihrer traumatisierten Klientinnen/Klienten kennen Sie die Details des Traumageschehens?

Anhang E: Statistiken

Anhang E1: Skalenanalyse des FST

Normalisierung der Verteilung durch eine Lognormal-Transformation:

Q-Q-Diagramm von Lognormal von SummeST

Item-Skala-Statistiken der Items des FST in der Gesamtstichprobe

Item-Skala-Statistiken				
	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
ST 1	54,52	308,208	,388	,939
ST 2	54,81	305,212	,463	,938
ST 3	55,41	302,851	,481	,938
ST 4	56,10	304,203	,533	,937
ST 5	56,15	306,269	,499	,937
ST 6	56,08	301,729	,598	,936
ST 7	56,54	310,409	,447	,938
ST 8	56,67	313,625	,439	,938
ST 9	55,29	301,303	,585	,936
ST 10	55,63	299,214	,646	,936
ST 11	55,60	303,116	,480	,938
ST 12	56,49	308,833	,516	,937
ST 13	56,31	302,006	,641	,936
ST 14	56,13	299,724	,654	,936
ST 15	56,17	302,714	,632	,936
ST 16	56,01	298,148	,710	,935
ST 17	55,70	299,602	,556	,937
ST 18	56,11	302,629	,536	,937
ST 19	56,39	305,578	,598	,936
ST 20	55,88	298,073	,620	,936
ST 21	56,23	300,070	,689	,935
ST 22	55,93	300,884	,657	,936
ST 23	55,78	297,333	,701	,935
ST 24	55,87	297,596	,645	,936
ST 25	56,35	308,257	,465	,938
ST 26	56,26	306,098	,521	,937
ST 27	56,08	300,080	,628	,936
ST 28	55,91	298,083	,674	,935
ST 29	56,65	315,026	,361	,938
ST 30	55,86	304,423	,457	,938
ST 31	55,90	302,553	,506	,937

Itemstatistiken der Items des FST in der Gesamtstichprobe

Itemstatistiken		
	Mittelwert	Std. -Abweichung
ST 1	3,31	1,027
ST 2	3,02	1,046
ST 3	2,41	1,141
ST 4	1,73	,974
ST 5	1,68	,923
ST 6	1,75	,989
ST 7	1,28	,777
ST 8	1,16	,597
ST 9	2,53	1,029
ST 10	2,20	1,027
ST 11	2,23	1,129
ST 12	1,34	,762
ST 13	1,52	,916
ST 14	1,69	,995
ST 15	1,66	,897
ST 16	1,82	,985
ST 17	2,13	1,158
ST 18	1,71	1,047
ST 19	1,43	,814
ST 20	1,95	1,117
ST 21	1,60	,934
ST 22	1,90	,942
ST 23	2,05	1,029
ST 24	1,95	1,098
ST 25	1,48	,871
ST 26	1,56	,896
ST 27	1,75	1,017
ST 28	1,91	1,036
ST 29	1,18	,612
ST 30	1,97	1,103
ST 31	1,93	1,106

Anhang E

Anhang E2: FST-Rangsummenvergleich der Diagnosegruppen

Abhängige Variable: SummeST

Games-Howell

		Mittlere Differenz (I-J)	Signifikanz
keine Sekundäre Traumatisierung	moderate Sekundäre Traumatisierung	-23,75232*	,000
	starke Sekundäre Traumatisierung	-48,83809*	,000
moderate Sekundäre Traumatisierung	keine Sekundäre Traumatisierung	23,75232*	,000
	starke Sekundäre Traumatisierung	-25,08577*	,000
starke Sekundäre Traumatisierung	keine Sekundäre Traumatisierung	48,83809*	,000
	moderate Sekundäre Traumatisierung	25,08577*	,000

*. Die mittlere Differenz ist auf der Stufe .05 signifikant.

Anhang E3: Post-hoc Signifikanzprüfung des Faktors Dauer:

Mehrfachvergleiche

Abhängige Variable: SummeST

Games-Howell

		Mittlere Differenz (I-J)	Signifikanz
keine Reaktionen	< 4 Wochen	-22,44351*	,000
	4 - 12 Wochen	-35,25676*	,000
	3 - 6 Monate	-36,26984*	,000
	> 6 Monate	-39,82353*	,000
	fortdauernd	-46,55172*	,000
< 4 Wochen	keine Reaktionen	22,44351*	,000
	4 - 12 Wochen	-12,81325*	,000
	3 - 6 Monate	-13,82633*	,000
	> 6 Monate	-17,38002*	,000
	fortdauernd	-24,10821*	,000
4 - 12 Wochen	keine Reaktionen	35,25676*	,000
	< 4 Wochen	12,81325*	,000
	3 - 6 Monate	-1,01308	,998
	> 6 Monate	-4,56677	,734
	fortdauernd	-11,29497*	,007
3 - 6 Monate	keine Reaktionen	36,26984*	,000
	< 4 Wochen	13,82633*	,000
	4 - 12 Wochen	1,01308	,998
	> 6 Monate	-3,55369	,902
	fortdauernd	-10,28188*	,026
> 6 Monate	keine Reaktionen	39,82353*	,000
	< 4 Wochen	17,38002*	,000
	4 - 12 Wochen	4,56677	,734
	3 - 6 Monate	3,55369	,902
	fortdauernd	-6,72819	,551
fortdauernd	keine Reaktionen	46,55172*	,000
	< 4 Wochen	24,10821*	,000
	4 - 12 Wochen	11,29497*	,007
	3 - 6 Monate	10,28188*	,026
	> 6 Monate	6,72819	,551

* Die Differenz der Mittelwerte ist auf dem Niveau .05 signifikant.

Anhang E

Anhang E4: Interkorrelation FST-Items x Dauer

		DauerST
Kendall-Tau-b	ST 1	,193**
	ST 2	,219**
	ST 3	,210**
	ST 4	,212**
	ST 5	,205**
	ST 6	,209**
	ST 7	,126**
	ST 8	,090**
	ST 9	,269**
	ST 10	,259**
	ST 11	,158**
	ST 12	,252**
	ST 13	,300**
	ST 14	,256**
	ST 15	,209**
	ST 16	,248**
	ST 17	,218**
	ST 18	,196**
	ST 19	,231**
	ST 20	,202**
	ST 21	,255**
	ST 22	,225**
	ST 23	,295**
	ST 24	,271**
	ST 25	,174**
	ST 26	,250**
	ST 27	,234**
	ST 28	,255**
	ST 29	,164**
	ST 30	,198**
	ST 31	,215**

** . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Anhang E5: Regressionsanalyse: Dauer und FST-Summenwert

Modellzusammenfassung

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardf ehler des Schätzers
1	,372 ^a	,138	,137	1,020
2	,403 ^b	,162	,161	1,006
3	,421 ^c	,177	,175	,998
4	,437 ^d	,191	,188	,990
5	,448 ^e	,201	,197	,984
6	,454 ^f	,206	,201	,981
7	,458 ^g	,209	,204	,979
8	,461 ^h	,213	,207	,978

a. Einflußvariablen : (Konstante), ST 23

b. Einflußvariablen : (Konstante), ST 23, ST 26

c. Einflußvariablen : (Konstante), ST 23, ST 26, ST 13

d. Einflußvariablen : (Konstante), ST 23, ST 26, ST 13, ST 8

e. Einflußvariablen : (Konstante), ST 23, ST 26, ST 13, ST 8, ST 9

f. Einflußvariablen : (Konstante), ST 23, ST 26, ST 13, ST 8, ST 9, ST 24

g. Einflußvariablen : (Konstante), ST 23, ST 26, ST 13, ST 8, ST 9, ST 24, ST 2

h. Einflußvariablen : (Konstante), ST 23, ST 26, ST 13, ST 8, ST 9, ST 24, ST 2, ST 30

Anhang E

Anhang E6: FST-Strukturanalyse

Clusteranalyse der Items nach dem Single-Linkage-Verfahren, unter Verwendung der quadrierten Euklidischen Distanz:

Cluster-Zugehörigkeit

Fall	8 Cluster	7 Cluster	6 Cluster	5 Cluster	4 Cluster	3 Cluster
ST 1	1	1	1	1	1	1
ST 2	1	1	1	1	1	1
ST 3	2	2	2	2	2	2
ST 4	3	3	3	3	3	3
ST 5	4	4	3	3	3	3
ST 6	4	4	3	3	3	3
ST 7	4	4	3	3	3	3
ST 8	4	4	3	3	3	3
ST 9	5	4	3	3	3	3
ST 10	5	4	3	3	3	3
ST 11	6	5	4	4	4	3
ST 12	4	4	3	3	3	3
ST 13	4	4	3	3	3	3
ST 14	4	4	3	3	3	3
ST 15	4	4	3	3	3	3
ST 16	4	4	3	3	3	3
ST 17	4	4	3	3	3	3
ST 18	4	4	3	3	3	3
ST 19	4	4	3	3	3	3
ST 20	4	4	3	3	3	3
ST 21	4	4	3	3	3	3
ST 22	4	4	3	3	3	3
ST 23	4	4	3	3	3	3
ST 24	4	4	3	3	3	3
ST 25	4	4	3	3	3	3
ST 26	4	4	3	3	3	3
ST 27	4	4	3	3	3	3
ST 28	4	4	3	3	3	3
ST 29	4	4	3	3	3	3
ST 30	7	6	5	3	3	3
ST 31	8	7	6	5	3	3

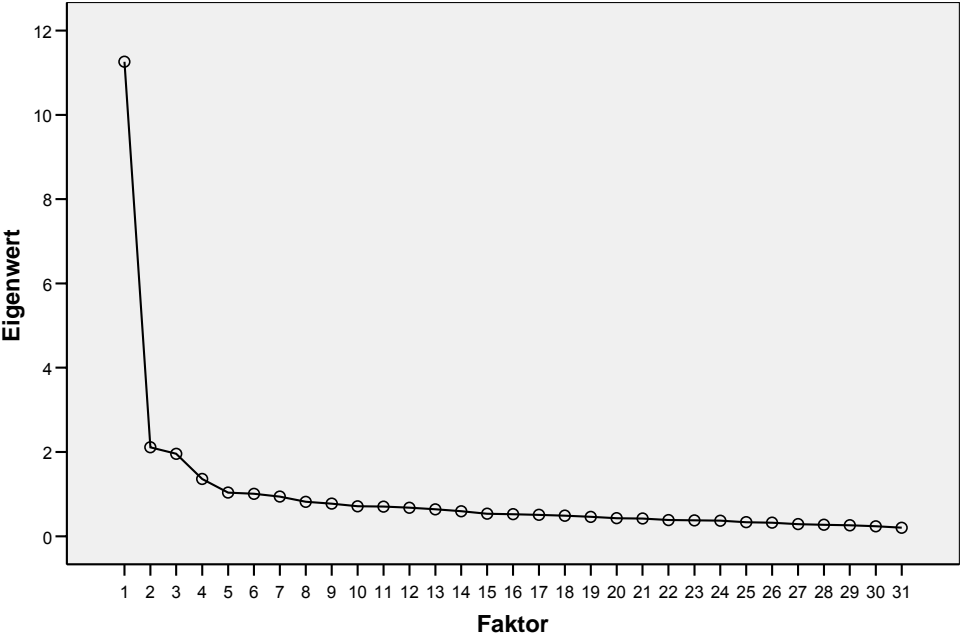
Clusteranalyse wie oben, aber nach Exklusion der Ausreißeritems:

Cluster-Zugehörigkeit

Fall	8 Cluster	7 Cluster	6 Cluster	5 Cluster	4 Cluster	3 Cluster
ST 4	1	1	1	1	1	1
ST 5	2	2	2	2	2	1
ST 6	2	2	2	2	2	1
ST 7	2	2	2	2	2	1
ST 8	2	2	2	2	2	1
ST 9	3	3	3	3	2	1
ST 10	3	3	3	3	2	1
ST 12	2	2	2	2	2	1
ST 13	2	2	2	2	2	1
ST 14	2	2	2	2	2	1
ST 15	2	2	2	2	2	1
ST 16	2	2	2	2	2	1
ST 17	2	2	2	2	2	1
ST 18	2	2	2	2	2	1
ST 19	2	2	2	2	2	1
ST 20	4	4	4	2	2	1
ST 21	2	2	2	2	2	1
ST 22	2	2	2	2	2	1
ST 23	2	2	2	2	2	1
ST 24	5	2	2	2	2	1
ST 25	2	2	2	2	2	1
ST 26	2	2	2	2	2	1
ST 27	6	5	2	2	2	1
ST 28	2	2	2	2	2	1
ST 29	2	2	2	2	2	1
ST 30	7	6	5	4	3	2
ST 31	8	7	6	5	4	3

Faktorenanalyse der FST-Skala:Hauptkomponentenanalyse ohne Rotation:

Screepplot



Erklärte Gesamtvarianz

Komponente	Anfängliche Eigenwerte			Summen von quadrierten Faktorladungen für Extraktion		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	11,260	36,321	36,321	11,260	36,321	36,321
2	2,112	6,814	43,135	2,112	6,814	43,135
3	1,958	6,317	49,452	1,958	6,317	49,452
4	1,359	4,385	53,837	1,359	4,385	53,837
5	1,035	3,339	57,177	1,035	3,339	57,177
6	1,008	3,250	60,427	1,008	3,250	60,427
7	,942	3,040	63,466			
8	,818	2,638	66,105			
9	,775	2,501	68,605			
10	,711	2,293	70,898			
11	,704	2,270	73,168			
12	,676	2,182	75,349			
13	,638	2,059	77,408			
14	,594	1,917	79,325			
15	,535	1,726	81,051			
16	,522	1,683	82,734			
17	,507	1,635	84,369			
18	,488	1,573	85,942			
19	,460	1,484	87,426			
20	,428	1,380	88,806			
21	,421	1,357	90,163			
22	,385	1,241	91,404			
23	,378	1,218	92,622			
24	,368	1,189	93,810			
25	,335	1,081	94,892			
26	,322	1,040	95,931			
27	,288	,928	96,860			
28	,272	,879	97,739			
29	,261	,842	98,581			
30	,236	,762	99,343			
31	,204	,657	100,000			

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

Anhang E

Komponentenmatrix^a

	Komponente					
	1	2	3	4	5	6
ST 1	,402	-,331	,519	-,003	-,033	,032
ST 2	,475	-,350	,543	,096	,031	,011
ST 3	,501	-,016	,509	,212	,039	,136
ST 4	,560	,172	,314	,331	,051	,135
ST 5	,532	,383	,202	-,086	,074	-,142
ST 6	,630	,164	,082	,319	-,363	-,093
ST 7	,487	,458	-,023	,477	-,261	-,171
ST 8	,481	,504	-,156	,432	,047	-,103
ST 9	,609	-,306	,307	,066	,185	-,117
ST 10	,673	-,221	,258	,069	,108	-,108
ST 11	,510	-,172	,133	,010	,372	-,094
ST 12	,558	,301	-,090	,001	,339	-,198
ST 13	,688	-,051	-,229	-,060	,236	-,283
ST 14	,705	-,171	-,325	-,060	,060	-,268
ST 15	,681	-,138	-,303	-,049	,040	-,193
ST 16	,755	-,180	-,244	-,071	-,011	-,208
ST 17	,587	,311	,238	-,503	-,161	,004
ST 18	,569	,433	,207	-,479	-,124	-,011
ST 19	,634	,386	,070	-,291	,048	,010
ST 20	,663	-,172	-,080	,103	-,296	-,084
ST 21	,726	,102	-,025	-,157	-,177	,011
ST 22	,695	-,269	-,113	-,012	-,161	,110
ST 23	,739	-,271	-,186	-,073	-,143	,069
ST 24	,687	-,217	-,146	-,014	-,098	,045
ST 25	,507	,023	-,223	,041	,189	,375
ST 26	,553	,255	,191	-,100	,175	,193
ST 27	,668	-,071	-,171	,018	-,081	,230
ST 28	,716	-,254	-,233	,015	,047	,116
ST 29	,403	,247	-,278	,157	,356	,403
ST 30	,497	-,018	-,199	-,047	-,199	,368
ST 31	,540	-,063	,029	-,020	-,031	,163

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

a. 6 Komponenten extrahiert

Rotierte Komponentenmatrix^a

	Komponente					
	1	2	3	4	5	6
ST 1	,187	,693	,122	-,053	-,034	-,085
ST 2	,200	,777	,075	,013	,036	-,043
ST 3	,081	,665	,188	,251	-,026	,165
ST 4	,114	,488	,185	,447	,037	,292
ST 5	,067	,203	,533	,315	,258	,093
ST 6	,412	,257	,200	,629	-,033	-,028
ST 7	,179	,045	,164	,840	,062	,051
ST 8	,111	-,039	,146	,723	,259	,291
ST 9	,317	,635	,090	,037	,312	,031
ST 10	,374	,578	,159	,125	,282	,045
ST 11	,210	,423	,095	-,022	,435	,180
ST 12	,146	,068	,330	,271	,540	,254
ST 13	,489	,113	,196	,128	,591	,107
ST 14	,663	,066	,130	,119	,486	,024
ST 15	,633	,066	,140	,126	,413	,068
ST 16	,693	,145	,183	,130	,397	,022
ST 17	,253	,170	,826	,041	,025	-,006
ST 18	,186	,100	,859	,110	,060	,037
ST 19	,233	,102	,679	,178	,207	,209
ST 20	,650	,237	,114	,286	,057	-,060
ST 21	,534	,169	,467	,214	,094	,094
ST 22	,702	,271	,124	,081	,047	,125
ST 23	,762	,220	,158	,054	,115	,120
ST 24	,661	,227	,135	,099	,135	,127
ST 25	,383	,078	,110	,054	,086	,557
ST 26	,127	,288	,466	,139	,123	,367
ST 27	,600	,164	,181	,149	,029	,313
ST 28	,686	,216	,067	,049	,216	,277
ST 29	,170	-,043	,084	,166	,161	,723
ST 30	,534	,033	,191	,086	-,181	,319
ST 31	,399	,263	,207	,088	,028	,210

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.

a. Die Rotation ist in 11 Iterationen konvergiert.

Anhang E

Anhang E7: Mittelwerte in den Diagnosegruppen

Deskriptive Statistik für die Gruppe moderate Sekundäre Traumatisierung

Deskriptive Statistik			
	N	Mittelwert	Standardabweichung
ST 1	224	3,77	,908
ST 2	224	3,58	,905
ST 3	224	2,99	1,078
ST 4	224	2,10	1,052
ST 5	224	2,06	,982
ST 6	224	2,26	1,069
ST 7	224	1,51	1,011
ST 8	224	1,23	,606
ST 9	224	3,24	,949
ST 10	224	2,84	,933
ST 11	224	2,78	1,097
ST 12	224	1,63	,919
ST 13	224	1,91	,926
ST 14	224	2,16	1,023
ST 15	224	2,11	,894
ST 16	224	2,40	,918
ST 17	224	2,81	1,176
ST 18	224	2,17	1,154
ST 19	224	1,75	,872
ST 20	224	2,51	1,148
ST 21	224	2,05	,939
ST 22	224	2,54	,898
ST 23	224	2,76	,909
ST 24	224	2,67	1,083
ST 25	224	1,80	1,015
ST 26	224	1,96	1,030
ST 27	224	2,12	1,040
ST 28	224	2,57	1,009
ST 29	224	1,25	,691
ST 30	224	2,36	1,116
ST 31	224	2,49	1,144

Deskriptive Statistik für die Gruppe schwere Sekundäre Traumatisierung

Deskriptive Statistik

	N	Mittelwert	Standardabweichung
ST 1	103	4,09	1,001
ST 2	103	3,90	,924
ST 3	103	3,47	1,092
ST 4	103	2,97	1,208
ST 5	103	2,70	1,195
ST 6	103	3,17	1,175
ST 7	103	2,25	1,377
ST 8	103	1,90	1,376
ST 9	103	3,71	,946
ST 10	103	3,57	,903
ST 11	103	3,26	1,102
ST 12	103	2,34	1,295
ST 13	103	3,15	1,294
ST 14	103	3,40	1,141
ST 15	103	3,05	1,208
ST 16	103	3,50	1,056
ST 17	103	3,61	1,190
ST 18	103	3,15	1,431
ST 19	103	2,68	1,315
ST 20	103	3,66	1,142
ST 21	103	3,33	1,166
ST 22	103	3,19	1,030
ST 23	103	3,65	,957
ST 24	103	3,51	1,101
ST 25	103	2,44	1,391
ST 26	103	2,65	1,356
ST 27	103	3,46	1,161
ST 28	103	3,54	1,046
ST 29	103	1,72	1,263
ST 30	103	3,26	1,298
ST 31	103	3,17	1,346

Anhang E

Anhang E8: Kreuztabelle ST30 x ST27

ST 27 * ST 30 Kreuztabelle

		ST 30					Gesamt	
		nie	selten	manchmal	oft	sehr oft		
ST 27	nie	Anzahl	361	144	83	18	8	614
		% von ST 27	58,8%	23,5%	13,5%	2,9%	1,3%	100,0%
		% von ST 30	71,1%	48,3%	42,8%	20,0%	23,5%	54,6%
		% der Gesamtz	32,1%	12,8%	7,4%	1,6%	,7%	54,6%
	selten	Anzahl	112	93	67	22	5	299
		% von ST 27	37,5%	31,1%	22,4%	7,4%	1,7%	100,0%
		% von ST 30	22,0%	31,2%	34,5%	24,4%	14,7%	26,6%
		% der Gesamtz	10,0%	8,3%	6,0%	2,0%	,4%	26,6%
	manchma	Anzahl	24	39	29	20	3	115
		% von ST 27	20,9%	33,9%	25,2%	17,4%	2,6%	100,0%
		% von ST 30	4,7%	13,1%	14,9%	22,2%	8,8%	10,2%
		% der Gesamtz	2,1%	3,5%	2,6%	1,8%	,3%	10,2%
oft	Anzahl	6	19	12	24	11	72	
	% von ST 27	8,3%	26,4%	16,7%	33,3%	15,3%	100,0%	
	% von ST 30	1,2%	6,4%	6,2%	26,7%	32,4%	6,4%	
	% der Gesamtz	,5%	1,7%	1,1%	2,1%	1,0%	6,4%	
sehr oft	Anzahl	5	3	3	6	7	24	
	% von ST 27	20,8%	12,5%	12,5%	25,0%	29,2%	100,0%	
	% von ST 30	1,0%	1,0%	1,5%	6,7%	20,6%	2,1%	
	% der Gesamtz	,4%	,3%	,3%	,5%	,6%	2,1%	
Gesamt	Anzahl	508	298	194	90	34	1124	
	% von ST 27	45,2%	26,5%	17,3%	8,0%	3,0%	100,0%	
	% von ST 30	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% der Gesamtz	45,2%	26,5%	17,3%	8,0%	3,0%	100,0%	

Anhang E9: Interkorrelationsmatrix für ST25

		ST 25	
Kendall-Tau-b	ST 1	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig)	,108** ,000
	ST 2	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig)	,112** ,000
	ST 3	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig)	,179** ,000
	ST 4	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig)	,167** ,000
	ST 5	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig)	,159** ,000
	ST 6	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig)	,237** ,000
	ST 7	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig)	,166** ,000
	ST 8	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig)	,202** ,000
	ST 9	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig)	,223** ,000
	ST 10	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig)	,199** ,000
	ST 11	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig)	,190** ,000
	ST 12	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig)	,177** ,000
	ST 13	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig)	,244** ,000
	ST 14	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig)	,283** ,000
	ST 15	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig)	,262** ,000
	ST 16	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig)	,271** ,000
	ST 17	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig)	,186** ,000
	ST 18	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig)	,145** ,000
	ST 19	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig)	,202** ,000
	ST 20	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig)	,235** ,000
	ST 21	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig)	,187** ,000
	ST 22	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig)	,268** ,000
	ST 23	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig)	,326** ,000
	ST 24	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig)	,304** ,000
	ST 26	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig)	,207** ,000
	ST 27	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig)	,252** ,000
	ST 28	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig)	,322** ,000
	ST 29	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig)	,221** ,000
	ST 30	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig)	,217** ,000
	ST 31	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig)	,186** ,000

** Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Anhang E

Anhang E10: Rangsummenvergleich für Ätiologiekriterien

Abhängige Variable: Clusterzugehörigkeit 3 clusterlösung

Games-Howell

(I) A2Summe	(J) A2Summe	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz
2 = kein A2-Kriterium erfüllt	3,00	-,14100*	,03979	,002
	4,00	-,40254*	,05293	,000
3 = ein A2-Kriterium erfüllt	2,00	,14100*	,03979	,002
	4,00	-,26154*	,05273	,000
4 = beide A2-Kriterien erfüllt	2,00	,40254*	,05293	,000
	3,00	-,26154*	,05273	,000

*. Die Differenz der Mittelwerte ist auf dem Niveau .05 signifikant.

Anhang E11: PD-Skalenanalyse

	N	Parameter der Normalverteilung ^{a,b}		Kolmogorov-Smirnov-Z	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
		Mittelwert	Standardabweichung		
PV 1	1082	2,27	1,166	8,037	,000
PV 2	1081	1,96	1,079	8,508	,000
PV 3	1084	1,71	,899	9,565	,000
PV 4	1083	3,11	1,235	5,739	,000
PV 5	1081	2,35	,966	9,008	,000
PV 6	1069	1,56	,849	11,539	,000
PV 7	1076	1,77	,877	8,697	,000
PV 8	1074	1,51	,824	12,294	,000
PV 9	1075	1,63	,888	10,942	,000

a. Die zu testende Verteilung ist eine Normalverteilung.

b. Aus den Daten berechnet.

Anhang E12: Strukturanalyse der PD-Skala
PV-Skala Esizapfendiagramm

Vertikales Esizapfendiagramm

Fall	Anzahl der Cluster							
	1	2	3	4	5	6	7	8
PV 4	X	X	X	X	X	X	X	X
	X							
PV 7	X	X	X	X	X	X	X	X
	X	X	X	X	X			
PV 9	X	X	X	X	X	X	X	X
	X	X	X	X	X	X	X	X
PV 8	X	X	X	X	X	X	X	X
	X	X	X	X	X	X	X	
PV 6	X	X	X	X	X	X	X	X
	X	X	X	X	X	X		
PV 3	X	X	X	X	X	X	X	X
	X	X	X	X				
PV 2	X	X	X	X	X	X	X	X
	X	X						
PV 5	X	X	X	X	X	X	X	X
	X	X	X					
PV 1	X	X	X	X	X	X	X	X

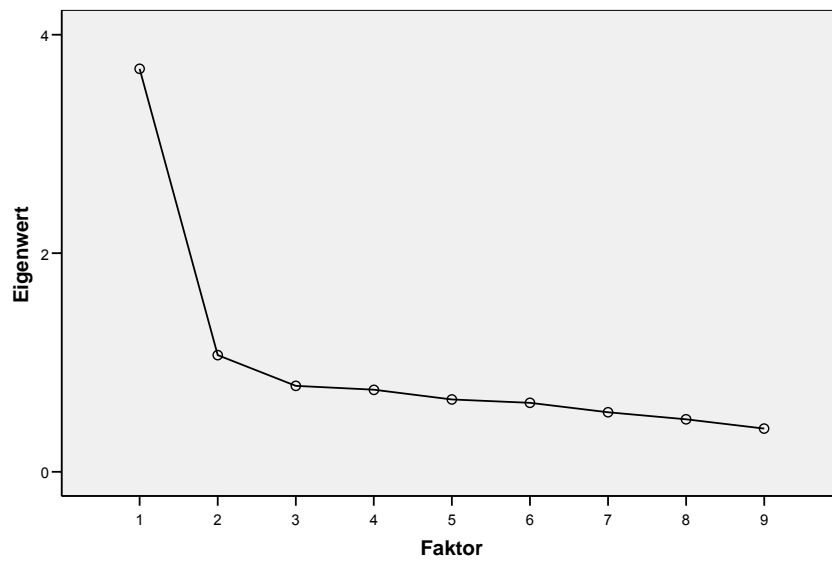
Faktorenanalyse

Erklärte Gesamtvarianz

Komponente	Anfängliche Eigenwerte			Rotierte Summe der quadrierten Ladungen		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	3,687	40,964	40,964	3,085	34,282	34,282
2	1,067	11,851	52,816	1,668	18,534	52,816
3	,786	8,735	61,551			
4	,750	8,329	69,880			
5	,662	7,351	77,231			
6	,631	7,011	84,242			
7	,544	6,042	90,284			
8	,479	5,326	95,609			
9	,395	4,391	100,000			

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

Screepplot



Rotierte Komponentenmatrix ^a

	Komponente	
	1	2
PV 1	,280	,738
PV 2	,632	,196
PV 3	,594	,367
PV 4	,021	,850
PV 5	,527	,384
PV 6	,678	,196
PV 7	,650	-,018
PV 8	,771	,141
PV 9	,707	,146

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.
 Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.

a. Die Rotation ist in 3 Iterationen konvergiert.

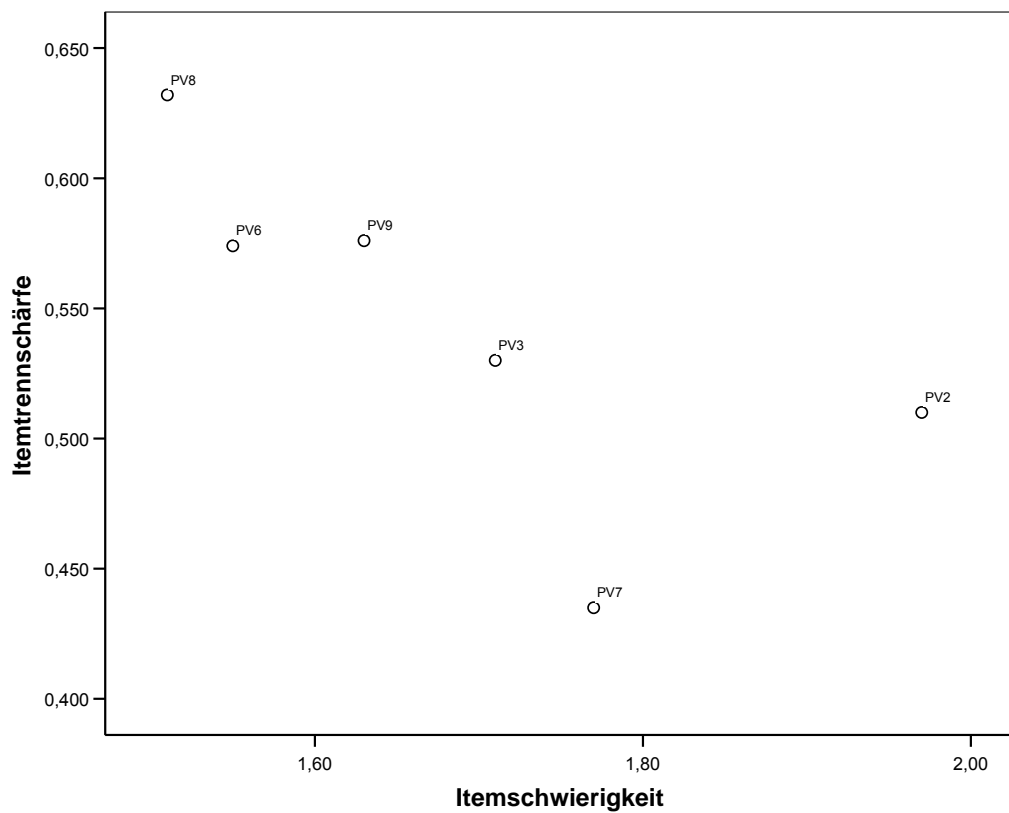
Komponententransformationsmatrix

Komponente	1	2
1	,878	,479
2	-,479	,878

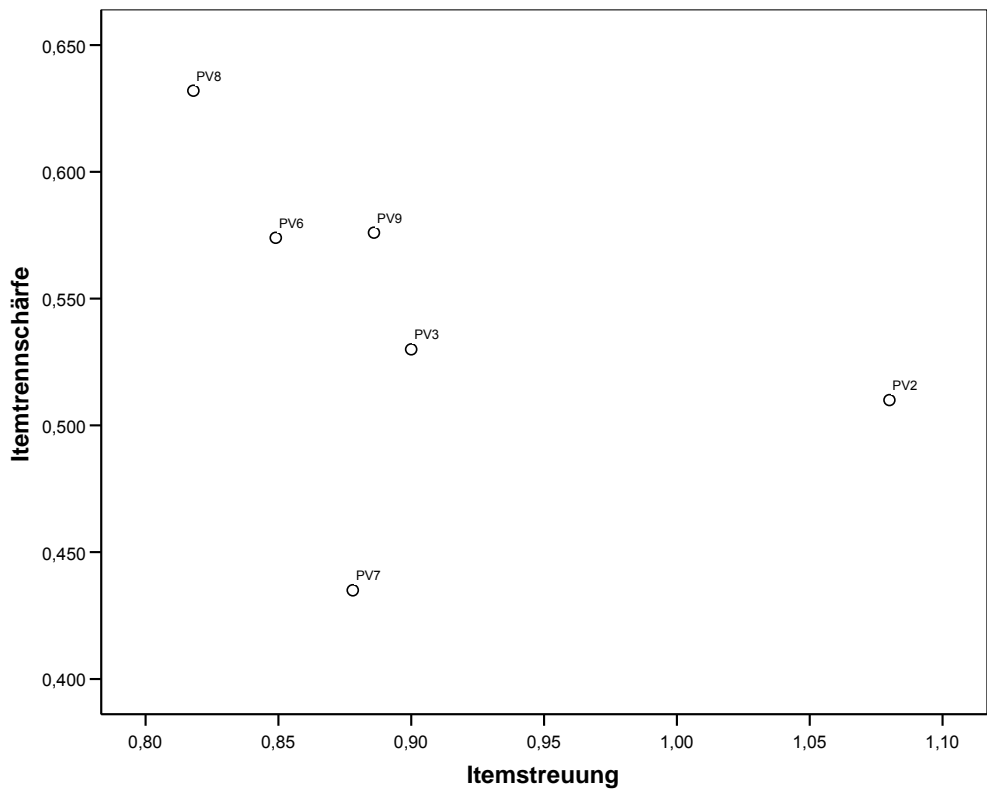
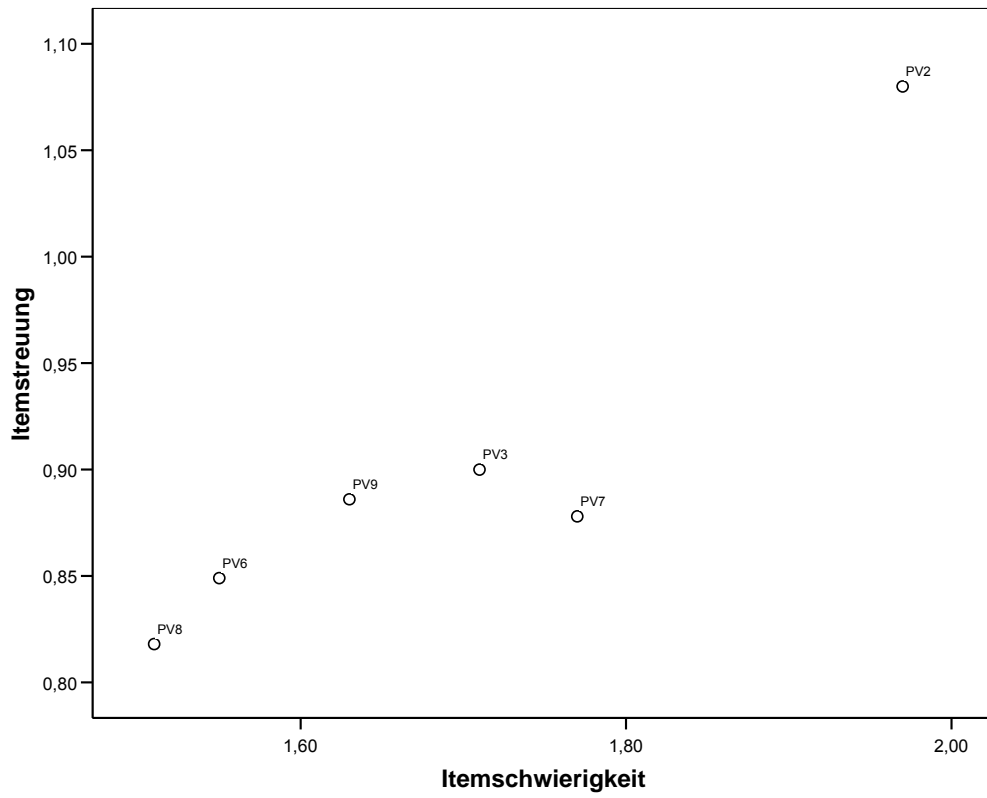
Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.
 Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.

Anhang E 13: Itemcharakteristika für PD-Items

Item-Skala-Statistiken		
	Trennschärfe der Items	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
PV 3	,530	,757
PV 6	,574	,747
PV 7	,435	,779
PV 8	,632	,735
PV 9	,576	,746
PV 2	,510	,767



Anhang E



Anhang E14: Korrelationen zwischen PD-Summenwert und arbeitsbezogenen Variablen:

		Summe Dissoziation	
Kendall-Tau-b	Alter	Korrelationskoeffizient	,003
		Sig. (2-seitig)	,909
		N	1048
	Berufserfahrung	Korrelationskoeffizient	-,011
		Sig. (2-seitig)	,629
		N	1037
	Prozentualer Anteil traumatisierter Klientinnen	Korrelationskoeffizient	,028
		Sig. (2-seitig)	,215
		N	1012
	Prozentualer Anteil Exposition zu Details	Korrelationskoeffizient	-,034
		Sig. (2-seitig)	,146
		N	987
	Resultierende Exposition in Prozent	Korrelationskoeffizient	,008
		Sig. (2-seitig)	,719
		N	973

Ränge

	Geschlecht	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
SummeDissoziation	Männer	334	489,07	163348,50
	Frauen	716	542,50	388426,50
	Gesamt	1050		

Statistik für Test^a

	Summe Dissoziation
Mann-Whitney-U	107403,500
Wilcoxon-W	163348,500
Z	-2,674
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,007

a. Gruppenvariable: Geschlecht

Anhang E

Ränge

	Berufsgruppe	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
SummeDissoziation	1	873	512,86	447726,50
	2	176	585,22	102998,50
	Gesamt	1049		

Statistik für Test^a

	Summe Dissoziation
Mann-Whitney-U	66225,500
Wilcoxon-W	447726,500
Z	-2,907
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,004

a. Gruppenvariable: Berufsgruppe

Anhang E15: Zusammenhänge zwischen PD und FST-Items

		Summe Dissoziation
Kendall-Tau-b	ST 1	,195**
	ST 2	,251**
	ST 3	,277**
	ST 4	,270**
	ST 5	,182**
	ST 6	,231**
	ST 7	,181**
	ST 8	,163**
	ST 9	,271**
	ST 10	,286**
	ST 11	,253**
	ST 12	,227**
	ST 13	,285**
	ST 14	,278**
	ST 15	,303**
	ST 16	,292**
	ST 17	,199**
	ST 18	,173**
	ST 19	,195**
	ST 20	,237**
	ST 21	,252**
	ST 22	,327**
	ST 23	,299**
	ST 24	,286**
	ST 25	,159**
	ST 26	,241**
	ST 27	,258**
	ST 28	,304**
	ST 29	,122**
	ST 30	,196**
	ST 31	,307**

** . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit mit dem Titel *Sekundäre Traumatisierung - kritische Prüfung eines Konstruktes* selbstständig verfasst habe und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Die Arbeit hat in der gegenwärtigen oder einer anderen Fassung keiner anderen Universität vorgelegen.

Bielefeld, 27. August 2006
