MSB Medical School Berlin

Hochschule für Gesundheit und Medizin

Fakultät Naturwissenschaften

Masterstudiengang Psychologie mit Schwerpunkt Klinische Psychologie und Psychotherapie

Masterarbeit

Thema: Hilfe zu welchem Preis?
Traumatherapie und ihre Folgen für Therapeuten

vorgelegt von:	Lena Wojtas
	Matrikelnummer 160301000050

vorgelegt am:	16.08.2018
Semester:	Sommersemester 2018
Erstgutachter:	Prof. Dr. Dr. Constance Winkelmann
Zweitgutachter:	Dipl.-Psych. Sarah Springer

Danksagung

Mein Dank gilt an erster Stelle meinen Betreuer/innen Frau Dr. Winkelmann, Frau Springer und Herr Giebel, die mich mit ihrer Zeit und Fachkenntnis bei der Erstellung dieser Arbeit unterstützt haben. Ebenso geht mein herzlicher Dank an alle Therapeut/innen, die sich Zeit für mich und meine Untersuchung genommen haben und ohne deren Offenheit und Ehrlichkeit diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

Ein besonders persönlicher Dank gebührt meiner Familie und meinen Freunden, die mich nicht nur während des Schreibens dieser Arbeit, sondern während meines kompletten Studiums unermüdlich unterstützt und motiviert haben. Ohne eure lieben Worte wäre ich niemals so weit gekommen.

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit untersucht den Einfluss der Arbeit von Traumatherapeuten auf deren Selbst- und Weltbild. Die Historie sowie der aktuelle Stand der internationalen sowie nationalen Forschung wird dargestellt. Zur Beantwortung der Fragestellung wurden problemzentrierte Interviews mit fünf Therapeut/innen geführt und die erstellten Transkripte mit der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Es ergaben sich 13 interviewübergreifende Kategorien, die einen negativen Einfluss auf das Weltbild und einen positiven und negativen Einfluss auf das Selbstbild zeigen. Die Ergebnisse werden im Hinblick auf ihre Limitationen und Aussagekraft diskutiert. Möglichkeiten für weitere Forschung werden aufgezeigt.

Abstract

This study seeks to examine the influence of trauma therapists' work on their view of self and the world around them. The history as well as the current state of international and national research is presented. To answer the central question, problem-centered interviews with five therapists were performed and the created transcripts were analyzed with the method of summarizing qualitative content analysis. Thirteen overarching categories were formed which show a negative influence on therapist's world view and a negative as well as positive influence on their view of self. The results are discussed concerning their limitations and significance. Possibilities for further research is illustrated.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung ... 1
2 Theoretischer Hintergrund ... 3
2.1 Historie des Traumabegriffs ... 3
2.2 Einfluss der Patientinnen auf Behandlerinnen: Historische Darstellung am Beispiel der Gegenübertragung ... 6
2.3 Aktuelle Definition des Psychotraumas ... 8
2.4 Arten der sekundären Traumatisierung ... 11
2.5 Posttraumatic Growth ... 16
2.6 Traumatherapeutinnen in Deutschland: Aktueller Forschungsstand ... 19
3 Fragestellung ... 22
3.1 Grundlegende Forschungsfrage ... 22
3.2 Zentrale Begriffe ... 22
4 Methoden ... 24
4.1 Das qualitative Forschungsparadigma ... 24
4.2 Forschungsziel ... 25
4.3 Studiendesign ... 25
4.3.1 Das problemzentrierte Interview ... 26
4.3.2 Der Leitfaden ... 27
4.3.3 Die Stichprobe ... 29
4.3.4 Generierung der Stichprobe und Datenerhebung ... 30
4.4 Datenauswertung ... 31
4.4.1 Bestimmung des Ausgangsmaterials ... 31
4.4.2 Fragestellung der Analyse ... 33
4.4.3 Ablauf der Analyse: Zusammenfassen ... 34
5 Ergebnisse ... 37
5.1 Darstellung der Ergebnisse ... 37
5.1.1 Darstellung der fallübergreifenden Ergebnisse ... 37
5.1.2 Darstellung der fallspezifischen Ergebnisse ... 48
5.1.2.1 Fall 1 ... 49
5.1.2.2 Fall 2 ... 51

5.1.2.3 Fall 3 51
5.1.2.4 Fall 4 53
5.1.2.5 Fall 5 53
5.2 Interpretation der Ergebnisse 54
6 Diskussion 57
6.1 Limitationen 57
6.2 Diskussion der Ergebnisse 58
7 Literaturverzeichnis 61

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Leitfragen einschließlich Detailfragen 27
Tabelle 2: Interviewlänge 30
Tabelle 3: Übersicht aller interviewübergreifenden Kategorien 37

Abbildungsverzeichnis

Grafik 1. Beziehungen zwischen VR und verwandten Konzepten 19

1 Einleitung

Der Duden definiert ein Trauma als „starke psychische Erschütterung, die [im Unterbewusstsein] noch lange nachwirkt“. Es ist eines der 10.000 häufigsten Wörter im Corpus des Wörterbuches (Bibliographisches Institut Mannheim, 2017). Es ist ein Begriff, der Teil des allgemeinen Sprachgebrauches ist und einer, der gerade in den letzten Wochen wieder aktueller geworden ist. Am 07. August 2018 sprach das Landesgericht Freiburg die letzten Urteile in dem Prozess um einen zehnjährigen Jungen, der über Jahre von seiner Mutter und deren Lebensgefährten missbraucht und zur Zwangsprostitution im Darknet verkauft wurde. Die Sichtung des Materials und „das Ausmaß des Falles hatte sowohl Ermittler wie auch die am Prozess Beteiligten eigenen Angaben zufolge an ihre Grenzen gebracht“ (Tagesschau, 2018). Diese Aussage beleuchtet einen oft vergessenen Aspekt im Bereich von psychischer Traumatisierung: Menschen reagieren auf traumatisches Material, auch wenn sie selbst nicht Teil des eigentlichen Traumas sind. Dieses Phänomen wird oft als sekundäre Traumatisierung bezeichnet und kann sowohl bei Ersthelferinnen[1] wie auch Therapeutinnen zu einer langfristigen Belastung führen.

Die vorliegende Arbeit möchte sich mit den Folgen für Therapeutinnen beschäftigen, die sich darauf spezialisiert haben, mit traumatisierten Menschen zu Arbeiten. Die Geschichte der Psychotraumatologie wird dargestellt ebenso wie die Lage der Forschung zu den Einflüssen der Traumaarbeit auf die Behandlerinnen. Hieraus wird die leitgebende Fragestellung abgeleitet, welchen Einfluss die Traumaarbeit auf das Selbst- und Weltbild der Therapeuten hat. Zur Beantwortung dieser Frage wurde ein qualitatives Untersuchungsdesgin gewählt. Es wurden Interviews mit praktizierenden Traumatherapeutinnen geführt, welche anschließend ausgewertet wurden. Die

[1] Im Sinne der Übersichtlichkeit wird im Rahmen der vorliegenden Arbeit auf die simultane Verwendung von weiblichen und männlichen Sprachformen verzichtet. In Bezug auf Studien zur mentalen Repräsentation (Heise, 2003; Madson und Shoda, 2006) wird die weibliche Form gewählt, die männliche ist jedoch jeweils mitzudenken.

Ergebnisse werden in Hinblick auf ihre Limitationen und Bedeutungen für die weitere Forschung und Praxis diskutiert.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Historie des Traumabegriffs

Die Entwicklung des Traumabegriffs in der Psychologie ist eine vielschichtige und nicht immer einfache. Viele Theoretiker und Forscher haben über die Jahre oft unabhängig voneinander geforscht und sind teils zu unterschiedlichen, öfter aber zu ähnlichen Ergebnissen gekommen, die sich in den letzten 150 Jahren zu der Psychotraumatologie verdichtet haben, die heute von der großen Mehrheit der wissenschaftlichen Gemeinde vertreten wird.

Eines der frühen Erklärungsmodelle psychotraumatischer Symptome war folgendes: ein Trauma wird vordergründig als körperliches Ereignis verstanden, welche über die „Brücke“ körperlicher Folgen schließlich auch zu psychischen Symptomen führt; ein Erklärungsmodell, welches sich lange Zeit großer Beliebtheit erfreuen sollte. Dies verdeutlichen Diagnosen wie *railway spine* oder *Erichsen's disease* (Wiesmüller & Decker-Voigt, 2014) und Herman Oppenheims *traumatischen Neurose* (Huber, 2007).

Weitere frühe Nachforschungen im Bereich Trauma fanden in Frankreich statt. Ambroise Auguste Tardieu veröffentliche 1857 das Buch „Gerichtsärztliche Untersuchungen über Unzucht“, welches schockierende Zahlen über den verbreiteten Missbrauch unter anderem an jungen Mädchen enthielt, von der Fachwelt weitestgehend ignoriert wurde (Venzlaff, 2004). Ebenfalls in Frankreich forschte Pierre Janet, Schüler von Jean Martin Charcot und kam wie auch Sigmund Freud zur Erkenntnis über die Ursache der Hysterie und dem damit verbundenen emotionalen Seelenleben der Patientinnen. Es wurde zum ersten Mal den emotionalen Erzählungen der Betroffenen Aufmerksamkeit geschenkt (Herman, 2018). Die daraus resultierenden Fallberichte schildern die schrecklichen emotionalen Folgen von traumatischen Ereignissen, welche wiederum die Symptome der Hysterie auslösten. Hier wurde also zum ersten Mal die Verbindung zwischen traumatischen Erlebnissen und psychischen Symptomen komplett auf psychischer Ebene hergestellt. Janet prägte in diesem Zusammenhang den Begriff der

psychopathologischen *Dissociation* (Venzlaff, 2004; Herman, 2018). Er erkannte ebenfalls, dass das Bewusstmachen und Verbalisieren des traumatischen Materials dazu führte, dass die belastenden Symptome weniger häufig auftraten. Anders als Freud blieb Pierre Janet bei seiner Theorie zum Missbrauch als Ursache der Hysterie, was zur Folge hatte, dass er trotz des großen Umfanges seiner wissenschaftlichen Arbeiten von der damaligen Wissenschaftsgemeinde fast komplett ignoriert wurde. Seine Theorie zum Zusammenhang von Dissoziation und Trauma geriet fast ein Jahrhundert lang in Vergessenheit.

Im Rahmen des ersten Weltkrieges kam es zu einer erneuten Beschäftigung mit den psychischen Folgen traumatischer Erlebnisse. Diagnosen wie das *Granaten-Schock-Syndrom* oder *shell shock* wurden beschrieben. (Wiesmüller & Decker-Voigt, 2014; Herman, 2018). Während des zweiten Weltkrieges beschäftigte sich der Psychiater Abram Kardiner mit den Folgen des Krieges für die amerikanischen Soldaten. Zur Beschreibung der chronischen Beeinträchtigung nach traumatischen Erfahrungen prägt er den Begriff der *Psychoneurose* (Wiesmüller & Decker-Voigt, 2014). In Zusammenarbeit mit Herbert Spiegel zeigte er des Weiteren, dass zur Behandlung dieser Symptome die Erinnerungen erst durch Hypnose aufgedeckt und dann im Verlauf durch Gespräche im Wachzustand integriert werden müssen (Venzlaff, 2004). Ähnliche Methoden werden noch in der heutigen Traumatherapie genutzt. In der Folge des Holocaust begann eine breitere sowie intensivere Auseinandersetzung mit den Folgen traumatischer Erlebnisse. 1955 veröffentlichte Hermann eine Arbeit, in der er die posttraumatischen Symptome als *KZ-Syndrom* zusammenfasste. Bastiaans beschrieb Ähnliches in seiner Publikation von 1957 unter dem Namen des *traumatischen Schwächezustandes psychosomatischer Art* (Wiesmüller & Decker-Voigt, 2014). Forscher in den Vereinigten Staaten stellten die Ähnlichkeit der Symptome von Holocaust- und Hiroshima-Überlebenden fest (Venzlaff, 2004).

Viele psychodynamische Autoren haben in den folgenden Jahren das analytische Konzept des Traumas weiterentwickelt, zu nennen sind unter anderem Masud Khan mit seinem Konzept des *kumulativen Traumas* (Khan, 1963), John Bowlbys Theorie zu den

Auswirkungen frühkindlicher Deprivation (Bowlby et al., 2010) und Donald Winnicotts Gesamtwerk zur frühkindlichen Traumatisierung durch Übergriffe und Versagen der Umwelt (Winnicott, 1974).

1970 beginnt in den Vereinigten Staaten durch die Arbeiten von Judith Herman der – neben Hysterie und Kriegsneurose – dritte Zweig der Traumaforschung. Mit einer Rückbesinnung auf Pierre Janet kommen sowohl durch die Bürgerrechtsbewegung als auch durch die Frauenrechtsbewegung die Kriegsveteranen aus dem Vietnamkrieg und häusliche Gewalt in den Fokus (Wiesmüller & Decker-Voigt, 2014).

Die *American Psychology Association* erkennt im Jahr 1980 die posttraumatische Belastungsstörung in der dritten Ausgabe des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DMS) als offizielles Störungsbild an. Die *World Health Organization* folgt ein Jahr später (Venzlaff, 2004). Auch nach der Anerkennung durch offizielle Manuale und Organisationen hat die gewisse Kontroverse, die das Themengebiet Trauma mit sich bringt, nicht komplett nachgelassen. Bis zum heutigen Zeitpunkt gibt es zahlreiche teils fachliche, teils politische Diskurse.

Venzlaff (2004) schreibt hierzu als Abschluss: „*Weiterhin kreisen die Diskussionen um die alten Fragen: Somatogenese versus Psychogenese, Krankheit versus Stimulation und Lüge. Ein Blick in die Geschichte kann lehren, nicht unbedingt auf schnelle Lösungen zu hoffen, sondern sich darauf einzustellen, auf welchen Konfliktfeldern man sich wird bewegen müssen, wenn man sich diesem Themenkomplex widmet. Die Auseinandersetzung mit den Folgen von Traumatisierungen ist längst eine teils wissenschaftlich, teils engagiert-politisch, teils polemisch, teils interessenbestimmt-tendenziös geführte Diskussion geworden – eine Diskussion allerdings, die inzwischen niemand mehr nicht führen kann“* (S.24).

2.2 Einfluss der Patientinnen auf Behandlerinnen: Historische Darstellung am Beispiel der Gegenübertragung

Doch nicht nur die Opfer werden durch traumatische Erlebnisse langfristig beeinflusst, auch auf Seiten der Therapeutinnen hinterlässt diese Arbeit Spuren. Dieser für die Traumatherapie spezielle Aspekt wurde erst in den letzten 25 Jahren genauer untersucht (siehe Abschnitt 2.4), doch die Auffassung, dass auch Patientinnen bei ihren Behandlerinnen psychische Reaktionen hervorrufen, hat historisch eine längere Tradition. Am deutlichsten zeigt sich dies im psychodynamischen Konzept der Gegenübertragung, welches die durch die Patientin ausgelöste emotionale Reaktion der Therapeutin beschreibt. Die Entwicklung dieses Konzeptes soll im Folgenden kurz dargestellt werden.

Das Verständnis von Gegenübertragung ist historisch eng mit der Entwicklung der psychoanalytischen Bewegung verbunden. Körner (1990) unterteilt diese Evolution in drei grobe Phasen. Die erste Phase der defensiv-objektivierenden Gegenübertragung wird in den Zeitraum von 1909-1945 eingeordnet und ist daher stark durch den damals noch lebenden und wirkenden Sigmund Freud geprägt. Zeit seines Lebens widmete Freud sich wiederholt den Aspekten der Gegenübertragung. Für ihn war sie stets durch Enthaltsamkeit und Entbehrung auf Seiten der Analytikerin gezeichnet, da sie als Hindernis zur Neutralität und Abstinenz erfasst und bewältigt werden musste. Nur eine Ärztin, die ihre Gegenübertragungsgefühle komplett überwunden habe, können eine mächtige Psychoanalytikerin sein, sagte Freud in der Mittwochsgesellschaft 1910 (Nunberg und Federn, 1979). Zu Beginn der Psychoanalyse wurde „die Gegenübertragung des Analytikers als eine Verunreinigung der Objektivität seines Erkennens“ (Eisenriegler, 2008) betrachtet. Dies zeigte sich auch in den Ausbildungsstrukturen der damaligen Analytikerinnen. Durch Lehr- und Kontrollanalysen sollte das störende Reagieren stets in Schach gehalten werden. Die durch Freud formulierte Regel zur gleichschwebenden Aufmerksamkeit auf Seiten der Analytikerin untermauert dies ebenfalls.

Die zweite Phase der instrumentellen Gegenübertragung beginnt ungefähr zehn Jahre nach Freuds Tod in der 1950er Jahren. Das neue Verständnis wurde von vielen Analytikerinnen der damaligen Zeit vorangetrieben, jedoch besonders von Paula Heimann. In ihrem Vortrag, gehalten auf dem internationalen psychoanalytischen Kongress im Jahr 1950, übte sie deutliche Kritik an dem Selbstverständnis der Analytikerinnen als anonym und indifferent und hob den positiven Wert der Gegenübertragung als Forschungs- und Diagnoseinstrument hervor. Hiermit wurde die Gegenübertragung als Schöpfung und Produkt der Patientin verstanden, die in der Analytikerin entsteht. Durch ein Öffnen diesen Gefühlen gegenüber wird es möglich, sie zu verstehen und als diagnostisches Instrument zu nutzen. Entscheidend ist, dass die Analytikerin diese Emotionen aushält und sie als informative Reaktion auf die Übertragung der Patientin versteht und interpretiert, anstatt sie wie die Patientin unbewusst auszuagieren (Heimann, 1996). Ebenfalls zu dieser Entwicklung beigetragen hat Winnicott mit seinem Aufsatz *Hass in der Gegenübertragung*, in welchem er dafür plädiert, dass die Analytikerin unter dem Gebot der Objektivität auch in der Lage sein muss, eine hinreichend gute Analytikerin zu sein und ihre Patientin objektiv zu hassen, wie auch die hinreichend gute Mutter manchmal ihr Kind hasst. Diese Gefühle können der Patientin in verdauter Form zu einem späteren Zeitpunkt auch mitgeteilt werden (Winnicott, 1997). Weiterhin beigetragen haben Magret Little mit ihrer Übersicht zu den diversen Bedeutungen der Gegenübertragung (Little, 1998) und Racker (1997) durch seine Differenzierung in komplementäre und konkordante Identifizierung in der Gegenübertragung.

In den 1980er Jahren kam es erneut zu einer Veränderung in der Konzeption der Gegenübertragung, die später interaktionelle oder intersubjektive Gegenübertragung genannt wird. Die Analytikerin wird immer weniger als distanziertes Objekt und viel mehr als teilnehmendes Subjekt verstanden. Und eben diese Subjektivität rückt in den Fokus: Nicht nur die Psychodynamik der Patientin ist Ursache der Übertragungs- und Gegenübertragungsempfindungen, sondern auch die oft unbewussten Reize auf Seiten der Analytikerin. Die Patientin reagiert auf die Gesamtheit der Analytikerin, ebenso wie

auch die Analytikerin auf die Gesamtheit der Patientin reagiert. Die Deutung kann also nicht von der eigenen Subjektivität getrennt werden (Mertens, 2008).

Körner (1990) beschreibt Übertragung und Gegenübertragung als zwei Komponenten des Konfliktes der Patientin, die diesen intrapsychisch nicht ertragen kann und daher zwischen sich (Übertragung) und der Analytikerin (Gegenübertragung) aufteilt, um die komplette Bewusstwerdung zu verhindern. In Rahmen dieser Denkweise ist die Gegenübertragung zwingend Teil der ganzen Interaktion im Rahmen der therapeutischen Situation. Hieraus folgt, dass eine Beschränkung auf das Verständnis der Gegenübertragung als bloßes diagnostisches Mittel nicht mehr möglich ist. Stattdessen ist die Analytikerin selbst aktiv am Geschehen und am Konflikt beteiligt, welchen sie folglich selbst fühlen und durcharbeiten muss. Dieses interaktive Verständnis ist weiterhin aktuell und legt eine wichtige Grundlage für das weitere Verständnis der Auswirkungen therapeutischer Beziehungen.

2.3 Aktuelle Definition des Psychotraumas

Eine genaue Definition des Begriffes *Trauma* im psychologischen Sinne ist nicht ganz einfach, da sich das Verständnis des Begriffes im Laufe des letzten Jahrhunderts immer wieder gewandelt hat. Zudem wird der Begriff Trauma sowohl durch Alltagspersonen als auch durch Fachkräfte zunehmend inflationär verwendet, was eine klare Abgrenzung und Definition schwierig macht.

Die World Health Organisation (WHO) beschreibt ein Trauma im Rahmen der Definition der posttraumatischen Belastungsstörung als ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (World Health Organisation, 2016). Die *American Psychiatric Association* (2013) erweitert diese Definition und nennt als traumatische Ereignisse „tatsächlichem oder angedrohtem Tod ausgesetzt sein, ernste Verletzungen oder sexuelle Gewalt in diesem

oder mehreren der folgenden Wege: das/die traumatischen Ereignisse direkt erleben; mit eigenen Augen miterleben, wie andere traumatische Situationen miterleben; erfahren, dass einem Familienmitglied oder einem Freund traumatische Situationen eine traumatische Situation wiederfahren ist […]; oder das wiederholte und extreme Erleben von aversiven Details einer traumatischen Situation“ (S.271).

Zusätzlich zu diesen Grundsatzdefinitionen wird ein Psychotrauma im Rahmen der vorliegenden Arbeit auch nach der psychodynamischen Sichtweise von Gerd Rudolf verstanden. Rudolf (2010) beschreibt ein Psychotrauma „als sekundären Einbruch in das strukturelle Gefüge“ (S. 49), welches unabhängig von dem vorherigen Zustand der Psyche von jedem psychisch gesunden oder kranken Menschen erfahren werden kann. Diese Definition verdeutlicht noch einmal die Abgrenzung zu den Klassifikationen anderer Störungsbilder, da hier die Ätiologie Teil der Beschreibung ist. Außerdem wird betont, dass Trauma nicht die Folge einer vorangehenden instabilen Struktur der Psyche ist, sondern unabhängig von der vorherigen psychischen Konstitution jeden Menschen betreffen kann.

Im aktuellen psychologischen Verständnis des Begriffes *Trauma* sind viele Störungsbilder enthalten, die sich differenziert voneinander abgrenzen.

Als Erstes kommt oft die „klassische“ Traumafolgestörung in den Sinn, die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS, F43.1 im ICD-10, Posttraumatic Stress Disorder im DSM-5). Während die PTBS noch im DSM-IV unter dem Kapitel der Angststörungen eingeordnet wurde, wurde in der neusten Version, dem DSM-5 eine neue Kategorie für *Trauma- and Stressor-Related Disorders* geschaffen, in der nun unter anderem die PTBS eingruppiert wird. Auch im ICD-10 ist sie unter der Kategorie F.43 - Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen verortet. Sie wird im ICD-10 beschrieben als „eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (World Health Organisation, 2016).

Weitere der klassischeren Traumafolgestörungen sind die akute Belastungsreaktion (F43.0) und die Anpassungsstörung (F43.2). Wie auch bei der PTBS ist hier ein ursächliches traumatisches Ereignis für die Diagnose zwingend nötig, ein Kriterium, welches sich bei anderen Störungsbildern nicht finden lässt.

Doch der Bereich der Traumafolgestörungen endet nicht hier. Auch komplexere, anders klassifizierte Störungsbilder sind ganz wortwörtlich Störungen, die als Folge von Traumata unterschiedlicher Art entstehen. Ein solcher Fall ist die emotional instabile Persönlichkeit, Borderline Typ (F60.31, ICD-10). Hierzu schreibt Huber (2009): „*Längst nicht alle, die (…) Traumata erlebt haben, erfüllen die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung. Doch von denjenigen, die eine Persönlichkeitsstörungsdiagnose bekommen, haben weitaus die meisten schwere, da frühe und langjährige Traumatisierungen erlebt*“ (S.118). Ähnlich verhält es sich auch mit den dissoziativen Störungen wie der dissoziativen Amnesie (F44.0) und der dissoziativen Identitätsstörung (F44.80, noch als Multiple Persönlichkeitsstörung) (Huber, 2010).

Über die Zeit haben sich genauere Definitionen des Traumas an sich herausgebildet. Eine weitverbreitete Einteilung ist die Unterscheidung von Typ 1 und Typ 2 Traumata, ein Konzept von Terr (1991). Typ 1 Traumata sind Monotraumata, die durch ein einmaliges, zeitlich begrenztes Ereignis wie etwa ein körperlicher Übergriff oder ein Verkehrsunfall verursacht werden. In Abgrenzung davon versteht man unter Typ 2 Traumata chronische, komplexe Traumatisierungen, die durch mehrfache traumatische Erlebnisse und oft über einen längeren Zeitraum verursacht werden.

Es besteht weiterhin die Diskussion, ob Terrs Typ 1 und Typ 2 Trauma um eine weitere Kategorie (Typ 3 Trauma) erweitert werden sollte. Über die konkrete Klassifikation dieses dritten Types herrscht derweil noch keine Einigkeit. Solomon und Heide (1999) beschreiben den Typ 3 als eine extremere Variante des Typ 2 Traumas, bei dem die Opfer oft „seit frühster Kindheit oft über Jahre hinweg mehrfach und tiefgreifend Gewalt erfahren haben“ (S. 204). Sie beschreiben einen Opfertyp, der von mehreren Tätern, einer oder mehrere davon nahe Verwandte, häufig, aber unvorhersehbar auf sadistische

Art körperlich und sexuell missbraucht wurde. Kira (2001) hingegen definiert ein Typ 3 Trauma als eine Aneinanderreihung von verschiedenen traumatischen Erlebnissen, die sowohl direkt als auch indirekt erlebte Typ 1 oder Typ 2 Traumata sein können. Je nach Abfolge der Ereignisse ergeben sich unterschiedliche Untertypen (beispielsweise Typ 1 – Typ 2 oder Typ 2 – Typ 2). Wiederum ein anderes Verständnis des Typ 3 Traumas ist die des indirekten Miterlebens einer traumatischen Situation, beispielsweise ein Kind, das die Vergewaltigung der Mutter mitansehen muss (Scheithauer, 2008).

2.4 Arten der sekundären Traumatisierung

Der Begriff sekundäre Traumatisierung ist wie auch beim Begriff Trauma in seiner Verwendung in der Fachwelt uneindeutig, da er auf verschiedene Arten verwendet wird. Die geläufigere Art der Verwendung bezieht sich auf das indirekte Miterleben einer traumatischen Situation, wie es beispielsweise bei Zugfahrerinnen nach einem Suizid vor ihrem Zug oder bei Feuerwehrfrauen, die als Ersthelferinnen eine Unfallstelle betreten, der Fall ist. Sollten auf solche Situationen Symptome psychischer Belastung folgen, fallen diese aber wie bereits in 4.2 erwähnt nach DSM 5 unter die Kategorie der regulären posttraumatischen Belastungsstörung (American Psychiatric Association, 2013), was eine erneute Klassifikation als sekundäre Traumatisierung verwirrend oder gar überflüssig erscheinen lässt (Daniels, 2006).

Eine weitere, weniger verbreitete Konzeption der sekundären Traumatisierung befasst sich mit den Therapeutinnen, die mit Opfern von traumatischen Erlebnissen arbeiten. Im Rahmen der Traumaarbeit wird eine therapeutische Beziehung aufgebaut, bei der die Therapeutinnen emotional mit ihren Patientinnen mitschwingen. Zudem ist es oft Teil der Arbeit, die traumatischen Erlebnisse zu erinnern und in der Sitzung zu verbalisieren, um sie verarbeiten und integrieren zu können. Dies kann zusammengenommen dazu führen, dass auch Therapeutinnen, die selbst keine dieser traumatischen Situationen erlebt haben, Belastungssymptome zeigen, die einer posttraumatischen Belastungsstörung zum Teil nicht unähnlich sind.

Erste Versuche, das Phänomen der therapeutischen Belastung durch Traumaarbeit mit Patientinnen zu erklären, nahmen Sigmund Freuds Konzept der Gegenübertragung zu Hilfe (vergleiche Abschnitt 2.2). Gegenübertragungsgefühle beziehen sich jedoch auf den *unmittelbaren* Rahmen der therapeutischen Situation. Sie treten im momentan präsenten zwischenmenschlichen Raum auf, wohingegen die beobachteten Belastungssymptome auch außerhalb des therapeutischen Kontaktes und im privaten Leben der Therapeutinnen auftreten. Hieraus lässt sich schlussfolgern, dass Gegenübertragung als Konstrukt zur Erklärung der Belastungssymptome nicht ausreicht. Seitdem sind aus diesem Grund einige fachspezifischere Erklärungsmodelle entstanden.

McCann et al. (1990) beschreiben auf Basis der konstruktivistischen Selbstentwicklungstheorie (engl.: contructivist self-development theory, McCann et al., 1988) bestimmte kognitive Schemata über das Selbst und die Welt. Sie postulieren, dass diese Schemata durch das Miterleben von traumatischem Material in der therapeutischen Situation in folgenden Bereichen negativ verändert werden, unter anderem in Bezug auf: Vertrauen / Abhängigkeit, Sicherheit, Macht, Wertschätzung, Intimität und der psychische Bezugsrahmen. Ebenfalls beeinflusst wird das Erinnerungssystem der Therapeutinnen, was sich durch intrusive Gedanken und Flashbacks äußert, die sich zum Teil wie eigene Erinnerungen anfühlen.

Hieraus leiten sie das Konzept der stellvertretenden oder indirekten Traumatisierung (engl.: vicarious traumatization, VT) ab, das erstmals von McCann und Pearlman 1990 publiziert wurde. Es ist definiert als „die Veränderung im Therapeuten, die als Resultat des empathischen Einfühlens des Therapeuten […] in die traumatischen Erfahrungen und Folgeerscheinungen des Patienten entsteht“ (S.558). Es umfasst die permanente Veränderung in Identität, Bedürfnissen, Weltsicht, Vorstellungen und Erinnerungen der Therapeuten. VT zeigt sich in allen sozialen Beziehungen im Privat- und Berufsleben. Anders als Gegenübertragung ist VT nicht temporär an eine bestimmte Situation gebunden, die Symptome persistieren über Interaktionen, Themen und Zeiträume hinweg. Als Voraussetzung für die Entstehung von VT beschreiben Pearlman und Saakvitne (1995) eine empathische Beziehung zwischen der Therapeutin und der

Klientin. Ihre Symptome ähneln sich, es besteht eine Parallelität in den primären Traumafolgesymptomen der Klientin und den sekundären Symptomen der Therapeutin.

Ursächlich für diese Symptomatik auf Seite der Therapeutinnen ist die Veränderung der Schemata, die das Bewusstsein über menschliche Grausamkeit umfassen. Die Erfahrungen, die durch das in der Therapie besprochene Material entstehen, beeinflusst die grundsätzlichen Schemata besonders in Bezug auf Kontrolle, Vorhersagbarkeit und eigene Sicherheit, die regulär fungieren, um das Selbst der Therapeutinnen zu schützen. Eine stellvertretende Traumatisierung ist also nicht das Ergebnis einer einzigen Situation, sondern aus der Kumulation vieler Erfahrungen über verschiedene Patientinnen und Therapien hinweg. Dadurch wird VT erneut von der Gegenübertragung abgegrenzt. Es kann jedoch zu einer gegenseitigen Verstärkung von beiden Phänomenen kommen (Pearlman und Saakvitne, 1995).

Durch die Erfahrung der Traumaarbeit werden die Schemata auf Seiten der Therapeuten inkongruent und müssen angepasst werden. Die posttraumatischen Symptome werden in diesem Sinne als Versuch der Bewältigung verstanden. Erst wenn sich die Symptomatik chronifiziert, weil die Anpassung der Schemata nicht erfolgreich ist, kommt es zur Ausbildung von stellvertretender Traumatisierung (Pearlman und Saakvitne, 1995).

Die empirische Prüfung des Konzeptes der stellvertretenden Traumatisierung erbrachte unklare Ergebnisse. Schon die erste Studie von Pearlman und Mac Ian (1995) fand heraus, dass entgegen ihrer ursprünglichen Annahme ein negativer Zusammenhang zwischen dem Grad der Traumaexposition auf Therapeutenseite und der Stärke der illusorischen Schemata bestand. Auch die darauffolgende Forschung setzte diesen Trend der Uneindeutigkeit fort (Daniels, 2006b). So fanden beispielsweise McLean, Wade und Encel (2003) zwar eine Korrelation zwischen stellvertretender Traumatisierung und vorhandenen Traumasymptomen, diese konnte ihre Signifikanz allerdings nicht in einem regressionsanalytischen Modell behaupten. Die Schwere der Traumasymptome wurde

stattdessen von den Jahren Berufserfahrung der Therapeutinnen vorhergesagt; erfahrenere Therapeutinnen zeigten *weniger* Belastungssymptome.

Ein weiteres Modell dieser Art ist die von Figley (1995) entwickelte compassion fatigue, welches auf Deutsch mit Mitleidserschöpfung oder Mitgefühlsmüdigkeit übersetzt wird. Es beschreibt „das Zusammenkommen von traumatischem Stress, sekundärem traumatischen Stress und kumulativem Stress/Burnout im Leben von helfenden Fachkräften und anderen Pflegedienstleistern“ (Figley, 2002, S. 124). Figleys Model beruht ebenso wie die *vicarious traumatization* auf der Grundannahme, dass das empathische Einfühlen und das emotionale Mitschwingen der Therapeutinnen die Voraussetzung das Entstehen einer sekundären Traumatisierung darstellen.

Figley (1998) entwickelte weiterhin das Konzept des sekundären traumatischen Stresses (STS). Eine sekundäre traumatische Stressreaktion liegt vor, wenn eine behandelnde oder pflegende Person Symptome einer posttraumatischen Belastungsreaktion aufweist. Diese Konzeptualisierung findet ihren Ursprung in den Diagnosen der posttraumatischen Belastungsstörung und der akuten Belastungsstörung.

Beide Konzepte werden schließlich im Trauma Transmission Modell zusammengefasst. Im Rahmen dieser Theorie gibt es keine spezielle Differenzierung zwischen den Ersthelferinnen, die ebenfalls mit den sensorischen Eindrücken traumatischer Situationen konfrontiert werden, und sekundären Helferinnen wie unter anderem Therapeutinnen, die den Belastungen nur indirekt ausgesetzt sind. Entscheidend ist die empathische Verbindung zwischen Opfer und Helfer. Der Bezug zur Klientin steht im Vordergrund. Die Veränderungen auf Helferseite werden von Figley (1995) klar als parallel zur posttraumatischen Belastungsstörung konzeptualisiert. Er erwähnt zwar veränderte Kognitionen als Folge der sekundären Traumatisierung, legt den Fokus aber eindeutig auf eine rasch auftretende Symptomatik, die der PTBS ähnlich ist. Somit wird auch hier von einer Deckungsgleichheit der primären und sekundären Traumatisierung ausgegangen. Dies bedeutet auch, dass sich die Symptome auf Seiten der Helferin stets auf die des Opfers beziehen. Kommt es durch die Traumaarbeit dazu, dass die

Therapeutinnen wiederholt mit bildhaften traumatischem Material konfrontiert werden, wird dies zur Belastung. Figley geht ähnlich wie Pearlman und Saakvitne davon aus, dass eine eventuelle eigene traumatische Vorgeschichte der Therapeutinnen einen Vulnerabilitätsfaktor darstellt, was sich jedoch in der empirischen Forschung nicht eindeutig bestätigen ließ (Daniels, 2006). Auch der Versuch, die theoretischen Komponenten des *Trauma Transmission Modells* und der *compassion fatigue* empirisch zu untermauern, ergab keine eindeutigen Ergebnisse. Das Modell sieht unter anderem Arbeitsunzufriedenheit und prolongierte Exposition als Voraussetzungen für das Entstehen einer sekundären Traumatisierung vor. Arbeitsunzufriedenheit konnte empirisch nicht als Prädiktor bestätigt werden. Eine prolongierte Exposition zeigte sich, wenn auch mit schwachen Korrelationswerten, als modellkonforme Variable, die sich auf die Entstehung von sekundärer Traumatisierung auswirkt (Daniels, 2006b).

Weingarten stellte 2003 zudem das Konzept des *common shock* oder empathischen Stresses vor. Es beschreibt eine psychische und physische persistierende Stressreaktion, die durch das regelmäßige empathische Auseinandersetzen mit Schmerz, Gewalt und Leid der Patientinnen ausgelöst wird. Anders als die vorherigen Theorien begrenzt Weingarten den Kreis der Betroffenen nicht nur auf Helferinnen. Jeder Mensch, der indirekt mit Gewalt oder anderem traumatischen Material konfrontiert wird, sei es durch graphische Videoaufzeichnungen von Terroranschlägen oder die Exposition durch die therapeutischen Traumaarbeit, erlebt eine Art Schockzustand als Reaktion. Häufen sich diese Schockmomente, ohne dass die Betroffenen entsprechend ausgleichende Verhaltensweisen zeigen, kommt es auch hier zur Ausbildung von Symptomen sekundärer Traumatisierung. Sie unterscheidet vier verschiedene Positionen, in denen sich Zeuginnen von Gewalt befinden können, abhängig davon, wie befähigt und bewusst sich die Person fühlt. In Position 1 befindet sich ein Mensch (bspw. eine Therapeutin oder eine Krankenschwester), wenn sie sowohl ein Bewusstsein für die Gewalt hat, welche anderen angetan wird, als auch die Möglichkeit, effektiv etwas dagegen zu unternehmen. Position 2 zeichnet sich dadurch aus, dass sich die Person in einer Machtposition befindet, aber sich den Auswirkungen der Gewalt auf die Opfer nicht

bewusst ist. In Position 3 ist weder das Bewusstsein noch die Möglichkeit zur Veränderung vorhanden. In Position 4 ist sich die Zeugin über das Vorhandensein und die Auswirkungen der Gewalt auf die Opfer bewusst, hat aber keinerlei Möglichkeit, eine Veränderung herbeizuführen. Die Therapeutinnen befinden sich im Laufe ihrer Arbeit immer wieder in unterschiedlichen Positionen, Weingarten (2003) stellt allerdings die Überlegung auf, dass Therapeutinnen, die sich besonders häufig in Position 4 befinden am anfälligsten für sekundäre/stellvertretende Traumatisierung seien.

2.5 Posttraumatic Growth

Die Untersuchung der Auswirkungen von Traumaarbeit auf die Therapeutinnen ist seit den ersten Veröffentlichungen in den 90er Jahren stark vorangeschritten. Neben den vielen, inzwischen komplexen Modellen zu sekundärer Traumatisierung hat sich aber aus der Praxis heraus etwas verzögert auch eine andere Komponente der Traumaarbeit herausgebildet. Diese erscheint als eine Art Gegengewicht zur stellvertretenden Traumatisierung und wurde erstmals von Hernandez, Gangsei und Engstrom im Jahr 2007 beschrieben: die stellvertretende Resilienz (*engl.: Vicarious Resilience*, VR).

Basierend auf dem Resilienzkonzept von Masten und Coatsworth (1998) von Resilienz als Muster von positiver Adaption in Reaktion auf Schwierigkeiten, beschreibt es die potentiellen *positiven Veränderungen*, die aus der Arbeit mit traumatisierten Menschen entstehen können. Es wird bezeichnet als „ein einzigartiger und positiver Effekt, der Therapeuten in Reaktion auf die Resilienz der traumaüberlebenden Patienten verändert“ (Hernandez et al., 2007, S. 237). Indem die Therapeutinnen die Stärke und das Durchhaltevermögen ihrer Patientinnen miterleben, hat dies ebenso wie stellvertretende Traumatisierung über die Therapiesituation hinaus einen positiven Einfluss auf die Emotionen, das Verhalten und die Einstellungen der Behandelnden (Hernandez et al., 2007).

Hernandez et al. fanden dieses Phänomen zunächst bei Therapeutinnen, die mit den Opfern von politisch motivierter Gewalt und Entführungen arbeiteten. Neben den bereits als sekundäre oder stellvertretende Traumatisierung beschriebenen Symptomen benannten die Behandelnden auch die „Inspiration und Stärke, die sie aus dem Arbeiten mit den Klienten zogen, die sie manchmal als ‚Helden' beschrieben" (Hernandez et al., 2007, S. 230). Die Ergebnisse dieser ersten Studie zeigten deutlich, dass alle befragten Therapeutinnen durch das Miterleben von Resilienz in ihren Klientinnen in ihren eigenen Emotionen und Einstellungen beeinflusst wurden. Wie auch stellvertretende Traumatisierung ist stellvertretende Resilienz ein natürlich auftretender Prozess, dessen positiver Effekt sich jedoch verstärken lässt, indem bewusst die Aufmerksamkeit darauf gelenkt wird.

Anfänglich wurde das Konzept der stellvertretenden Resilienz noch auf den Bereich der Arbeit mit Opfern politischer Gewalt und Entführung begrenzt. Die Veröffentlichungen der letzten Jahre zeigten jedoch, dass sich stellvertretende Resilienz ebenfalls in der Arbeit mit diversen Traumaursachen (Silveira und Boyer, 2014; Pack, 2013) sowie auch außerhalb der Vereinigten Staaten zeigt (Puvimanasinghe et al., 2015).

Hernandez-Wolfe, Killian, Engstrom und Gangsei (2014) beschrieben ebenfalls die genauere Beziehung zwischen stellvertretender Resilienz und stellvertretender Traumatisierung. Beide Prozesse haben unterschiedliche theoretische Fundamente und werden nicht als parallele Prozesse verstanden, aber sie können koexistieren. „Sie koexistieren in der Erfahrung der Therapeutinnen auf die gleiche Art, in der die Erfahrung der Resilienz in Überlebenden […] sie nicht davon abhält, dass sie simultan posttraumatische Stresssymptome erleiden" (Hernandez-Wolfe et al., 2014, S. 161).

Die Arbeit mit traumatisierten Patientinnen hat das Potential, in den behandelnden Therapeutinnen eine psychische Transformation in Gang zu setzen, die „positiv, wenn auch nicht schmerzfrei" ist (Hernandez-Wolfe et al., 2014, S. 166).

Ein weiteres Konzept, welches der stellvertretenden Resilienz ähnlich ist, ist *Posttraumatic Growth* (PTG, engl.: posttraumatisches Wachstum), entwickelt von

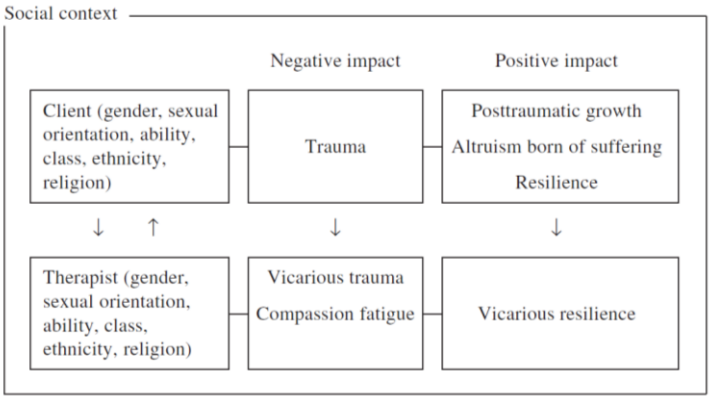
Tedeschi und Calhoun (1996, 2004). Sie beschreiben *Posttraumatic Growth* als eine positive psychische Veränderung, die aus dem Ringen mit schwierigen Erlebnissen entstehen. PTG ist keine zwingende Folge nach dem Erleben eines Traumas, es ist eine mögliche Entwicklung. In Abgrenzung zu regulärer Resilienz verstehen die Autoren PTG als Veränderung, die die Fähigkeit übersteigt, ein Trauma zu überstehen, ohne nachhaltig negativ beeinträchtigt zu werden. Sie verstehen das schmerzhafte Auseinandersetzen mit den Auswirkungen des Traumas als entscheidende Komponente, die zur Entwicklung des PTG beiträgt. In ihrer Studie im Jahr 2004 schlussfolgerten Tedeschi und Calhoun, dass Opfer, die bereits vor einem Trauma resilient waren, möglicherweise weniger Wachstum (PTG) zeigen als solche, die vor der traumatischen Erfahrung weniger Resilienz zeigten. Die guten Resilienzfähigkeiten könnten für die Auseinandersetzung mit den negativen Traumafolgen hinderlich sein und so der Entwicklung von PTG im Wege stehen.

In dem ebenfalls von Tedeschi und Calhoun entwickelten Fragebogen (Posttraumatic Growth Inventory, PTGI) beschreiben sie fünf Kriterien, durch die PTG definiert wird: (1) größere Wertschätzung des Lebens und veränderte Prioritäten, (2) engere intime zwischenmenschliche Beziehungen, (3) verbessertes Verständnis der eigenen Stärke, (4) Erkennen neuer Möglichkeiten für das eigene Leben und (5) spirituelle Entwicklung.

Arnold et al. (2005) stellten die These auf, dass sämtliche der oben genannten Kriterien auch sekundär beziehungsweise stellvertretend durch Therapeutinnen erfahren werden können. Sie schlugen das Konstrukt des stellvertretenden posttraumatischen Wachstums (vicarious posttraumatic growth, VPG) vor, um die positive Entwicklung zu beschreiben, die Therapeutinnen aufgrund ihrer Erfahrungen in der Traumatherapie erleben.

Die Ergebnisse der Studie von Silveira und Boyer (2014) legen nahe, dass sie Konzepte der stellvertretenden Resilienz (VR) und des stellvertretenden posttraumatischen Wachstums (VPG) auf signifikante Weise überlappen. Genauere Forschung zur Abgrenzung dieser beiden Konstrukte steht noch aus. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit werden sie daher vorerst als deckungsgleich verstanden.

Die verschiedenen vorgestellten theoretischen Konstrukte können in einem gemeinsamen Rahmen verstanden werden, der von Hernandez et al. (2010) sehr übersichtlich in Grafik 1 dargestellt wird.



Grafik 1. Beziehungen zwischen VR und verwandten Konzepten

2.6 Traumatherapeutinnen in Deutschland: Aktueller Forschungsstand

Die Situation der Therapeutinnen in Deutschland ist im internationalen Vergleich noch nicht ausreichend gut untersucht. Es liegen einige wenige Studien zur sekundären Traumatisierung vor, zur stellvertretenden Resilienz gibt es so gut wie keine Veröffentlichungen.

Als Wegbereiterin ist hier zunächst Judith Daniels zu nennen, die sich in ihren diversen Publikationen zum Thema der sekundären Traumatisierung (2006b, 2007, 2008) und der Erstellung des Fragebogens zur sekundären Traumatisierung (FST; Daniels, 2006a) wiederholt mit der Situation der in Deutschland tätigen Traumatherapeutinnen auseinandergesetzt und gezeigt hat, dass die sekundäre Traumatisierung ein Phänomen ist, welches in Deutschland auftritt und der Beachtung der Fachwelt bedarf.

Dies beleuchtet Daniels sowohl in ihrer Diplomarbeit (2006b), in der in einem mixed methods Design sekundärtraumatische Symptomatik bei knapp 30% der über 1.000 befragten Traumatherapeutinnen gefunden wurde als auch in einer qualitativen Studie

(2008), in der sie 21 Therapeutinnen zu ihrer Belastung durch die Therapie mit traumatisierten Patienten befragt. Die Ergebnisse bestätigten das Bild der internationalen Forschungslage insofern, dass sich auch hier sekundäre Traumatisierung zeigte.

Püttker, Thomsen und Bockmann (2015) untersuchten 312 Traumatherapeutinnen auf sekundäre Traumatisierung und deren Zusammenhang mit der Empathiefähigkeit der Therapeutinnen. Sie konnten die Empathiefähigkeit als Risikofaktor zur Entstehung von sekundärer Traumatisierung nachweisen. Akkommodative Copingfähigkeiten stellen Schutzfakoren dar und können das Ausbildung von sekundärtraumatischen Symptomen abmildern.

Im Rahmen der angestiegenen Anzahl an geflüchteten Menschen in Deutschland, von denen viele traumatische Ereignisse miterlebt haben, hat auch zu einer erneuten Beschäftigung der Wissenschaft mit diesem Thema geführt. Gurris (2005) untersuchte in einer quantitativen Studie 100 Traumatherapeutinnen, die in 23 verschiedenen Einrichtungen mit traumatisierten Geflüchteten arbeiteten. Es zeigt sich, dass 37% der Befragten Symptome der stellvertretenden Traumatisierung sowie *Compassion Fatigue* zeigten. Häufige berichtete Symptome waren unter anderem Hilflosigkeit, Ohnmachtsgefühle, Ärger, innere Unruhe, Vermeidung und Hypervigilanz. Thöle, Penka, Brähler, Henz und Kluge (2017) beschäftigen sich ebenfalls mit der Lage der psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten in Deutschland. Auch sie identifizieren als einen von acht Schwierigkeitsbereichen das Miterleben der Erzählungen von traumatischen Erlebnissen.

Die aktuell veröffentlichten Studien zur sekundären Traumatisierung bei Therapeutinnen in Deutschland lassen die Vermutung zu, dass sich das Bild der internationalen Forschung bestätigt. Es ist demnach weiterhin wissenschaftlich interessant und herausfordernd zu untersuchen, inwiefern sich diese Ergebnislage auch in Deutschland zeigt. Zum Konzept der stellvertretenden Resilienz gibt es derzeit noch keine wissenschaftlichen Veröffentlichungen für den deutschen Raum. Aufgrund der Parallelität der Ergebnisse von internationalen Studien zu sekundärer Traumatisierung besteht die

Möglichkeit, dass auch Therapeutinnen in Deutschland diese positiven Folgen der Traumaarbeit erleben. Es besteht jedoch weiterhin deutlicher Forschungsbedarf, um diese Vermutungen mit wissenschaftlichen Studien zu untermauern.

3 Fragestellung

3.1 Grundlegende Forschungsfrage

Basierend auf der in Kapitel 2 ausführlich dargelegten theoretischen Grundlage möchte die vorliegende Arbeit möchte die Frage beantworten, ob und inwiefern sich das Selbst- und Weltbild von Therapeutinnen in Deutschland durch das wiederholte Miterleben von traumatischem Material ihrer Patientinnen in der therapeutischen Situation sowohl auf positive als auch auf negative Weise verändert.

3.2 Zentrale Begriffe

Das Konzept eines *psychopathologischen Traumas* wird im Rahmen der vorgeschlagenen Arbeit sowohl nach der eingangs bereits zitierten Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2016) als auch nach der psychodynamischen Sichtweise von Gerd Rudolf verstanden. Rudolf (2010) beschreibt ein Psychotrauma „als sekundären Einbruch in das strukturelle Gefüge“ (S. 49), welches unabhängig von dem vorherigen Zustand der Psyche von jedem psychisch gesunden oder kranken Menschen erfahren werden kann.

Der Begriff *psychische Belastung* wird im Rahmen Eustress/Disstress von Hans Seyle verstanden. Der durch die Traumaarbeit entstehende Stress wird dann zu Disstress, zur Belastung für die betroffene Person, wenn er häufig auftritt oder kein angemessener Ausgleich stattfindet, sodass die Copingstrategien die Belastung nicht mehr angemessen bewältigen können (Seyle, 1978).

Resilienz wird verstanden als „Kompetenz im Kontext von signifikanten Herausforderungen an Adaption oder Entwicklung“ (Masten et al., 1998, S. 206). Es wird als Verhaltensmuster gesehen, dass auf der normalen menschlichen Fähigkeit zur

Adaption beruht, nicht etwa als festgeschriebene Persönlichkeitseigenschaft (Masten et al., 1998).

Das *Selbstbild* eines Menschen wird im Rahmen der vorgeschlagenen Arbeit als intrinsisches Verständnis der eigenen Person einschließlich aller Erinnerungen, Erfahrungen, des Wissens und der Einstellungen verstanden. Basierend in der Objekt-Beziehungstheorie werden diese als erworbene innere Repräsentanzen verstanden, die durch reale Erfahrung mit der Umwelt geprägt werden (Kernberg, 1997).

Auf gleiche Art und Weise wird das *Weltbild* der Probanden definiert. Es wird unterteilt in Beziehungsrepräsentanzen, die Repräsentanzen anderer Objekte sowie der Gesellschaft, in die sich das Selbst und alle Objekte befinden.

4 Methoden

4.1 Das qualitative Forschungsparadigma

Der Fokus der vorliegenden Arbeit ist die Frage, inwiefern Traumatherapeutinnen in Deutschland durch ihre Arbeit auf positive und negative Weise beeinflusst werden. Wie bereits in Kapitel 2.5 dargestellt wurde, ist die Forschungslage für den deutschen Raum für die negativen Auswirkungen wie stellvertretende oder sekundäre Traumatisierung derzeit noch begrenzt. Zu den positiven Folgen der Arbeit mit traumatisierten Patientinnen wie der stellvertretenden Resilienz gibt es derzeit noch keine Veröffentlichungen. Aufgrund der wenigen Vorarbeiten wurde für die vorliegende Untersuchung der Fragestellung ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Mayring (2002) beschreibt die Grundlage des qualitativen Denkens auf Basis von fünf Grundsätzen: die Subjektbezogenheit, die Interpretation, die Deskription des Gegenstandsbereiches, die alltägliche Umgebung und der Verallgemeinerungsprozess. Die Subjektbezogenheit bezieht sich auf den Ausgangspunkt und das Ziel der Erhebung, da qualitative Forschung Menschen als Subjekte begreift. Die Interpretation besagt, dass im Rahmen der Humanwissenschaften der untersuchte Gegenstand nie komplett offen liegen kann und daher durch Interpretation erschlossen werden muss. Die Deskription des Gegenstandsbereiches setzt sich eine umfassende und detaillierte Beschreibung zu Beginn der Analyse zum Ziel. Die alltägliche Umgebung beschreibt den Anspruch, den zu untersuchenden Objekten beziehungsweise Subjekten so gut es geht in ihrem natürlichen Umfeld zu begegnen. Der Verallgemeinerungsprozess meint, dass das Verallgemeinern des Forschungsergebnisses nicht automatisch passieren darf, sondern im Einzelfall schrittweise fundiert erklärt werden muss. Der qualitative Forschungsansatz zeichnet sich durch seinen explorativen Charakter aus, der es ermöglicht, durch seine offene und flexible Betrachtung ein umfangreiches Bild der untersuchten Lebensrealität zu erstellen. Auch dies unterstützt die Wahl einer qualitativen Methode.

4.2 Forschungsziel

Die vorliegende Arbeit hat das Ziel, Einsicht in die subjektive Realität der Therapeutinnen in Bezug auf den Einfluss ihrer Arbeit zu gewinnen, um Antworten auf die zentrale Fragestellung erhalten: ob und inwiefern das Selbst- und Weltbild der befragten Therapeutinnen durch ihre Arbeit mit traumatisierten Patientinnen auf positive oder negative Art beeinflusst wird. Hierbei stehen subjektive Bewertungsmuster, individuelle Erlebnisse und innere psychische Vorgänge im Vordergrund. Diese lassen sich durch Beobachtungen nur schwer und unklar ableiten. Aus diesem Grund wurde für die Untersuchung der verbale Zugang in Form eines problemzentrierten Interviews (Witzel,1985) gewählt. Auf Grundlage des Vorsatzes, sämtlichen möglichen Ergebnissen in der Untersuchung Raum zu geben, wurden keine Hypothesen generiert. Es wurde daher eine explorative Methodik gewählt.

4.3 Studiendesign

Aufgrund des in Kapitel 2 dargelegten Stand der Forschung wurde diese Studie als explorativ und induktiv konzipiert. Die Teilnehmerinnen wurden nach zuvor festgelegten Kriterien aus dem Internet rekrutiert, die Interviews fanden in den Praxisräumen der Therapeutinnen statt und wurden anschließend transkribiert. Die entstandenen Transkripte wurden mit der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet, wobei induktiv aus dem Material Kategorien erstellt wurden.

Um Sorge zu tragen, dass der Aufbau der Studie sowie das Gewinnen der Ergebnisse nachvollziehbar dargestellt werden, werden in diesem Abschnitt alle erwähnten Punkte der Untersuchung erläutert. Als Erstes wird die gewählte Interviewform des problemzentrierten Interviews nach Witzel (1985) dargestellt. Die Erstellung des Leitfadens sowie die Gewinnung der Probanden und der Ablauf der Datenerhebung werden ebenfalls beschrieben.

4.3.1 Das problemzentrierte Interview

Das von Witzel (1985) beschriebene problemzentrierte Interview ist eine Form der halbstandardisierten Befragung, unter welcher Mayring (2002) alle Formen offener, halbstrukturierter Interviewarten zusammenfasst. Bei dieser Art der Gesprächsgestaltung wird der Fokus auf eine bestimmte Frage- oder Problemstellung gelegt, die vorher von der Interviewerin analysiert wurde und im Laufe des Gesprächs immer wieder aufgegriffen wird. Um dies zu gewährleisten, wurden zuvor spezifische Gesichtspunkte herausgearbeitet und in Form eines Leitfadens zusammengestellt. Der Leitfaden soll gewährleisten, dass die Interviewerin die Interviewten auf bestimme Aspekte hin lenken kann, ohne jedoch den Befragten die Möglichkeit des offenen Antwortens zu nehmen. Hierdurch wird auch das Merkmal der Offenheit (Witzel, 1985) gewährleistet. Dies soll dazu führen, dass sich die Interviewten in der ihnen entgegengebrachten Aufmerksamkeit ernst genommen fühlen, wodurch wiederum eine stärkere Vertrauensbeziehung zwischen den Beteiligten entsteht. Für das problemzentrierte Interview gelten bezüglich der Vorgehensweise drei zentrale Prinzipien: Gegenstandsorientierung, Problemzentrierung und Prozessorientierung. Die Gegenstandsorientierung soll die Flexibilität der Methode sichern. Das wichtigste Instrument zur Untersuchung des Gegenstandes ist das Interview. Es kann jedoch zusätzlich durch andere Erhebungsinstrumente wie standardisierte Fragebögen für das Erfassen soziodemographischer Daten oder Gruppendiskussionen ergänzt werden. Die Problemzentrierung besagt, dass sich die Fragestellung der Erhebung an einer spezifischen Problemstellung orientiert. Hierdurch können das zuvor vorhandene Wissen sowie Kenntnisse über die Rahmenbedingungen verwendet werden, sodass die Antworten der Interviewten nachvollziehbar sind und die Fragen auf die Problemstellung bezogen gestellt werden können. Die Prozessorientierung soll Forschungsverlauf und Vorinterpretation zusammenfassen. Im Laufe eines Interviews soll eine gewisse Intimität entstehen, die die Interviewten dazu einlädt, sich offen zu äußern. Während dieses

Prozesses kann es zu neuen Punkten zum selben Thema, Korrekturen von zuvor Gesagtem, Widersprüchen und Redundanzen kommen. Geäußerte Widersprüche können zum einen Neuformulierungen enthalten, welche die Interpretation erleichtern oder zum anderen ein Zeichen für eine ambivalente Einstellung der Interviewten sein, welche während der Befragung aufgegriffen werden kann.

Folgende Instrumente werden von Witzel (1985) für das Durchführen des problemzentrierten Interviews empfohlen: ein Leitfaden, ein Kurzfragebogen, eine Aufzeichnung der Audiospur und das Erstellen eines Postskriptes. Der Leitfaden soll die Interviewerin unterstützen und sicherstellen, dass im Laufe des Interviews alle für die Fragestellung zentralen Aspekte angesprochen werden. Der Kurzfragenbogen dient der Erfassung der relevanten soziodemographischen Daten und kann als Basis für einen Gesprächseinstieg genutzt werden. Das Aufzeichnen einer Audiospur stellt die genaue Erfassung des Gespräches sicher und wird für die spätere Transkription genutzt. Das Erstellen von Postskripten in Ergänzung zur auditiven Aufzeichnung soll zusätzliche Informationen über die Interviewsituation und -atmosphäre geben. Es wird direkt im Anschluss an die Befragung erstellt.

4.3.2 Der Leitfaden

Tabelle 1: Leitfragen einschließlich Detailfragen

Leitfragen	Detailfragen
Eingangsfrage: Erzählen Sie mir davon, wie es dazu gekommen ist, dass Sie als Traumatherapeut/-in arbeiten?	Was hat zur Entscheidung für diese Spezialisierung geführt? Welche Faktoren haben hier hineingespielt? Was hat Sie an diesem Gebiet interessiert? Hatten Sie Bedenken?
Wie erleben Sie Ihre Arbeit jetzt?	Entspricht ihr Alltag Ihrer Vorstellung zu Beginn der Ausbildung? Was beschäftigt

	Sie im Arbeitsalltag am meisten? Was sind typische Situationen in Ihrem Arbeitsalltag? Was sind typische Emotionen?
Wie erleben Sie persönlich die Arbeit mit traumatisierten Patienten?	Was nehmen Sie aus der therapeutischen Situation mit? Wie erleben Sie die Traumaarbeit mit den Patienten?
Inwiefern beeinflusst Ihre Arbeit Sie als Privatperson?	Gibt es Momente, in denen Sie im Privaten an Patienten erinnert werden? Wie empfinden Sie das? Können Sie manchmal „die Arbeit nicht in der Praxis lassen“? Können Sie mir ein Beispiel geben?
Inwiefern beeinflusst Ihre Arbeit Ihre Sicht der Welt?	Gab es Momente, in denen Sie eine Situation aufgrund Ihrer Arbeit anders eingeschätzt haben? Gab es Momente, in denen Sie sich aufgrund Ihrer Arbeit anders verhalten haben? Können Sie mir ein Beispiel nennen?

Der Leitfaden wurde im Vorfeld der Untersuchung erstellt und soll die Vergleichbarkeit sowie die Teil-Standardisierung der Befragungen sicherstellen (siehe Tabelle 1 und Anhang F). Er wurde dahingehend formuliert, um eine anpassungsfähige Gestaltung der Fragen an die Interviewsituationen zu gewährleisten. Der Leitfaden wurde mit offenen Fragen und entsprechenden Alternativformulierungen und Aufrechterhaltungsfragen ausgearbeitet. So wurde den Interviews eine gewisse Struktur gegeben, ohne jedoch den Befragten in ihrer Beantwortung der gestellten Fragen einzuschränken. Antwortmöglichkeiten wurden nicht verfasst. Die Reihenfolge, in welcher die Fragen

gestellt wurden, war nicht festgelegt und konnte entsprechend der Gesprächssituation variiert werden. Auch neue Fragen konnten entsprechend des individuellen Befragungsverlaufes gestellt werden. Dies geht aus die Prinzipien der Offenheit und Prozessorientierung des problemzentrierten Interviews zurück.

Bei der Erstellung des Leitfadens wurde der Fokus gleichsam auf die zugrundeliegende Fragestellung sowie die Möglichkeit des Vorhandenseins noch nicht betrachteter Thematiken gelegt. Es wurden fünf Leitfragen formuliert, denen entsprechende Detailfragen zugeordnet wurden. Außerdem beinhaltet Leitfaden Fragen zur Aufrechterhaltung, die genutzt werden können, um den Gesprächsfluss aufrecht zu erhalten oder erneut in Gang zu bringen. Im weiteren Verlauf erfolgte die Durchführung der Befragungen, bei denen die Audiospur mittels eines Diktiergerätes sowie der Diktierfunktion eines Smartphones erstellt wurde.

4.3.3 Die Stichprobe

Unter Berücksichtigung der zugrundeliegenden Fragestellung der vorliegenden Arbeit wurden für die möglichen Teilnehmerinnen der Untersuchung folgende Kriterien festgelegt: es sollte sich um (1) aktuell tätige Therapeutinnen handeln, die (2) seit mindestens drei Jahren (3) mit traumatisierten Patienten arbeiteten. Diese Kriterien wurden festgelegt, um sicherzustellen, dass die befragten Therapeutinnen zum Zeitpunkt der Untersuchung Patientenkontakt mit dem entsprechenden Klientel und Störungsbildern hatten. Das Zeitkriterium wurde verwendet, um zu gewährleiten, dass sich mögliche Effekte der Traumaarbeit realisieren konnten.

Die Gesamtstichprobe (N) bestand aus fünf Therapeutinnen (N=5). Das Geschlechterverhältnis betrug 3:2 mit drei Frauen und zwei Männern. Der Altersdurchschnitt lag bei 54 Jahren mit einer Alterspanne von 47 bis 69 Jahren. Drei der fünf befragten Therapeutinnen hatten Kinder. Zwei waren ledig und die anderen drei jeweils verheiratet, geschieden oder verwitwet. Alle Therapeutinnen hatten mindestens eine therapeutische Grundausbildung und jeweils mehrere traumatherapeutische Aus- und Weiterbildungen. Sie arbeiteten seit durchschnittlich 20 Jahren als

Psychotherapeutinnen mit einer Spanne von mindestens 8 bis maximal 44 Jahren. Erfahrung mit traumatisierten Patientinnen gab es seit im Schnitt 20 Jahren mit ebenfalls einer Spanne von 8 bis 44 Jahren. Eine detaillierte Übersicht der demographischen Daten ist in Anhang G zu finden.

4.3.4 Generierung der Stichprobe und Datenerhebung

Ein erster Pool an möglichen Probandinnen wurde durch eine Internetsuche nach Therapeutinnen mit dem Schwerpunkt Traumatherapie generiert. Daraufhin wurde eine einheitliche E-Mail (Anhang A) verschickt. Die endgültige Auswahl fand aufgrund der Verfügbarkeit der Therapeutinnen im zeitlichen Rahmen des Erhebungszeitraumes statt. Sämtliche Befragungen fanden über einen Zeitraum von vier Wochen jeweils in den Behandlungsräumen der teilnehmenden Therapeutinnen statt. Eine vorherige Bekanntschaft zwischen der Interviewerin und den Befragten bestand nicht. Eine Therapeutin hatte eine Bekanntschaft zu einem ehemaligen Dozenten der Hochschule der Interviewten, welche im dem Interview hervorgegangenen E-Mailverkehr zufällig offenkundig wurde. Über den Emailverkehr hinaus wurde dies nicht weiter thematisiert.

Tabelle 2: Interviewlänge

Interview	1	2	3	4	5	Durchschnitt
Interviewlänge in Minuten	59,45	39,14	59,22	50,41	39,07	49,46

Im Vorfeld der Interviews wurden alle teilnehmenden Therapeutinnen verbal sowie schriftlich (Anhang B) über die Form des Interviews sowie die spätere Verwendung der erhobenen Daten aufgeklärt. Auftretende Fragen wurden beantwortet, sodass alle Teilnehmerinnen ihr Einverständnis über die Teilnahme in schriftlicher Form gaben. Zudem füllten sie den Fragebogen zur Erhebung der demographischen Daten (Anhang C) aus. Hiernach begann die auditive Aufzeichnung und das problemzentrierte Interview. Alle Interviews wurden mit Hilfe des in Kapitel 3.2.2 dargestellten Leitfadens durchgeführt.

4.4 Datenauswertung

Das erhobene Interviewmaterial wurde unter Verwendung der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet. Das Prinzip dieses Verfahrens besteht darin, die Textquelle, hier die erstellten Transkripte des Interviewmaterials, systematisch zu analysieren. Das Material wird in festgelegten Schritten mit einem von der Theorie geleiteten und am Material entwickelten Kategoriensystem bearbeitet. Mayring (2015) beschreibt zehn Schritte, die bei der Durchführung dieses Verfahrens befolgt werden müssen:

1. Festlegung des Materials
2. Analyse der Entstehungssituation
3. Formale Charakteristika des Materials
4. Richtung der Analyse
5. Theoretische Differenzierung der Fragestellung
6. Bestimmung der Analysetechnik und des Ablaufmodells, Festlegung und Definition der Kategorien / des Kategoriensystems
7. Definition der Analyseeinheiten
8. Analyseschritte gemäß des Ablaufmodells mittels Kategoriensystems, Rücküberprüfung des Kategoriensystems an Theorie und Material, bei Veränderung erneuter Materialdurchlauf
9. Zusammenstellung der Ergebnisse und Interpretation in Richtung der Fragestellung
10. Anwendung der inhaltsanalytischen Gütekriterien

Diese einzelnen Schritte sowie deren Umsetzung in der vorliegenden Arbeit werden im Folgenden beschrieben.

4.4.1 Bestimmung des Ausgangsmaterials

Die qualitative Inhaltsanalyse ist eine Methode der Auswertung, die mit bereit vorhandenem sprachlichen Material arbeitet. Daraus folgt, dass als erster Schritt eine Analyse des vorliegenden Materials erfolgen muss, in welcher entschieden wird, was hieraus zu interpretieren ist.

1. Schritt: Festlegung des Materials

In diesem Schritt wird das der Analyse zugrundeliegende Material definiert. Für die vorliegende Arbeit beinhaltet dies die fünf durchgeführten transkribierten Interviews, die mit den Therapeutinnen geführt wurden. Es wurden die gesamten Interviews transkribiert. Von Bedeutung für die Analyse sind jeweils die Passagen, die für die Beantwortung der Fragestellung relevant sind.

2. Schritt: Analyse der Entstehungssituation

Der Kontext der Befragungssituation ist für die qualitative Inhaltsanalyse von wichtiger Bedeutung. Das vorliegende Material wurde von der Autorin erhoben. Alle Interviewten nahmen freiwillig an der Befragung teil und waren sich bewusst, dass Sie die Erhebung jederzeit ohne Angabe von Gründen beenden konnten. Die Interviews wurden als halbstandardisierte Interviews in Form von problemzentrierten Interviews unter Verwendung eines Leitfadens (Anhang F) durchgeführt. Der Ort der Befragung wurde von den Therapeutinnen bestimmt. Dies war bei allen Interviews der Behandlungsraum in der Praxis der Therapeutinnen. Im Anschluss an jede Befragung wurde ein Postskript erstellt (Anhang D und E).

3. Schritt: Formale Charakteristika des Materials

Ziel dieses Schrittes ist es, das vorliegende Material genauer zu beschrieben. Die verwendeten Interviews wurden zeitgleich mit einem Diktiergerät und der Diktierfunktion eines Smartphones aufgezeichnet, abgespeichert, auf dem Laptop der Autorin übertragen und hiernach von den ursprünglichen Aufnahmegeräten gelöscht. Anschließend wurden sie von der Autorin selbst transkribiert. Die Transkription fand auf Grundlagen der Transkriptionsregeln nach Dresing und Pehl (2015) statt. Dies bedeutet,

dass wortwörtliche transkribiert wurde, Verschleifungen wurden nicht übernommen, Stottern oder Wortabbrüche wurden geglättet und Dopplungen nur erfasst, wenn sie als Stilmittel verwendet wurden. Pausen wurden mit (…) gekennzeichnet, Füllwörter wie *hmm* oder *ähm* wurden nur übernommen, wenn sie als einzige Antwort gegeben wurden. Emotionale nonverbale Äußerungen wurden in Klammern dargestellt in das Transkript aufgenommen (Dresing und Pehl, 2015). Aussagen der Interviewerin wurden jeweils mit I: und Aussagen der Therapeutinnen jeweils mit TH: gekennzeichnet. Aussagen, die einen Rückschluss auf die Identität der Teilnehmerinnen möglich machen könnten, wurden zur Sicherstellung der Anonymität derart bearbeitet, dass genannte Namen durch [Name] und Ortsangaben durch [Ort] ersetzt wurden. Die vollständigen Transkripte befinden sich in Anhang E.

4.4.2 Fragestellung der Analyse

Nach der Festlegung des zu verwendenden Materials beschreibt dieser Schritt, was aus dem Material genau interpretiert werden soll. Der Fokus liegt auf der spezifischen Fragestellung und dem Bestimmen der Analyserichtung.

4. Schritt: Richtung der Analyse

Ziel dieses Schrittes ist das Einordnen der in Form von Transkripten vorliegenden Befragungen in ein inhaltsanalystisches Kommunikationsmodell. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurden Therapeutinnen angehalten, darüber zu sprechen und zu reflektieren, auf welche Art und Weise ihre Arbeit mit traumatisierten Patienten sie selbst und ihre Sicht der Welt beeinflusst. Nach dem inhaltsanalytischen Modell ist die Richtung der Analyse daher, durch die transkribierten Interviews Aussagen über die kognitiven Schemata und den kognitiven Hintergrund zu machen.

5. Schritt: Theoretische Differenzierung der Fragestellung

Auf Basis des Grundsatzes der Theorie- und Regelgeleitetheit der qualitativen Inhaltsanalyse verlangt der fünfte Schritt das theoriegeleitete Differenzieren der Fragestellung. Die Analyse basiert auf einer sich auf der Theorie begründenden

Fragestellung, welche vor Beginn definiert werden muss. Sie sollte zudem an die aktuell vorhandene relevante Forschung anknüpfen und kann in Unterfragen aufgebrochen werden. Aus der dieser Untersuchung zugrundeliegenden Fragestellung ergeben sich folgende Teilfragen:

1. Wird das Selbst der Therapeutinnen durch die Arbeit mit traumatisierten Patientinnen positive und/oder negativ beeinflusst?
2. Wird das Weltbild der Therapeutinnen durch die Arbeit mit traumatisierten Patientinnen positiv und/oder negativ beeinflusst?

4.4.3 Ablauf der Analyse: Zusammenfassen

Dieser Abschnitt beschreibt die Festlegung der speziellen Analysetechnik sowie das Aufstellen eines genauen Ablaufmodells für die Analyse. Durch die konkrete Darstellung dessen soll die Nachvollziehbarkeit, die intersubjektive Überprüfbarkeit und dadurch die Wissenschaftlichkeit der verwendeten Methode gesichert werden.

6. Schritt: Bestimmung der Analysetechnik und des Ablaufmodells, Festlegung und Definition der Kategorien / des Kategoriensystems

Im Mittelpunkt der qualitativen Inhaltsanalyse steht das Bilden der Kategorien. Zur Erstellung dieser Kategorien gibt es drei grundlegende Verfahren: Zusammenfassung, Strukturierung und Explikation. Welches Grundverfahren zur Auswertung gewählt wird, bestimmt das vorliegende Material und die leitende Frage der Untersuchung. Aufgrund des explorativen Charakters der vorliegenden Arbeit wurde für die folgende Untersuchung das Vorgehen der induktiven Kategorienbildung verwendet. Ziel der Analyse ist es daher, die im Material vorhandenen übergreifenden Thematiken herauszuarbeiten. Um dies ohne Verlust von Inhalt und Bedeutung der einzelnen Segmente zu gewährleisten, wurde das Verfahren der Zusammenfassung gewählt. Ziel dieses Verfahrens ist, das Material in Teilschritten so zu reduzieren, dass die entscheidenden Inhalte erhalten bleiben. Das Ergebnis ist eine übersichtliche

Zusammenfassung des Gesamtmaterials. Die Ergebnisse dieses Arbeitsschrittes können in Anhang I eingesehen werden.

7. Schritt: Bestimmung der Analyseeinheiten

Ziel der Bestimmung der Analyseeinheiten ist es, festzulegen, wie die Auswertungseinheiten, Kontexteinheiten und Kodiereinheiten im Rahmen der Untersuchung definiert sind. Für die vorliegende Arbeit wurde als Auswertungseinheit jeweils ein Interview festgelegt. Eine Kontexteinheit bestimmt, welches der größte Textbestandteil im Rahmen einer Kategorie ist. Hierfür wurde eine Sinneinheit definiert. Dies kann eine komplette Antwort auf eine Frage sein oder auch auf mehrere Fragen, sofern die Antworten weiterhin zu einer Sinneinheit gehören, beispielsweise wenn auf eine Nachfrage Gesagtes elaboriert oder wiederholt wird. Durch das Festlegen einer Kodiereinheit wird der kleinste Bestandteil des Materials bestimmt, das unter eine Kategorie fallen kann. Für die vorliegende Arbeit wurde eine Kodiereinheit als ein Wort definiert.

8. Schritt: Analyseschritte gemäß des Ablaufmodells mittels Kategoriensystems, Rücküberprüfung des Kategoriensystems an Theorie und Material, bei Veränderung erneuter Materialdurchlauf

Entsprechend des Ablaufmodelles der zusammenfassenden Inhaltsanalyse (Mayring, 2015) wurden zunächst die inhaltstragenden Textstellen paraphrasiert, die entstehenden Paraphrasen generalisiert (1. Abstraktionsniveau) und durch Selektion reduziert (2. Abstraktionsniveau). Im Zuge der zweiten Reduktion wurden über das Material verteilte Paraphrasen und Generalisierungen, die sich aufeinander bezogen oder der gleichen Thematik angehörten zusammengefasst und durch neue, einheitliche Aussagen wiedergegeben. Am Ende der Reduktionsphase wurde schließlich genau geprüft, ob die gebildeten Kategorien das ursprüngliche Material noch repräsentieren. Wurde bei der Rücküberprüfung festgestellt, dass dies nicht der Fall war, wurde der Prozess überarbeitet. Die endgültigen Ergebnisse dieses Prozesses sind in Tabellen dargestellt,

welche in Anhang H und I zu finden sind. Der beschriebene Prozess wurde zunächst für jedes der fünf Interviews durchgeführt. Aus den entstandenen Tabellen und Kategorien wurden nun interviewübergreifende Kategorien aus dem Material gebildet, welche sich in mehreren oder allen Interviews gezeigt hat.

9. Schritt: Zusammenstellung der Ergebnisse und Interpretation in Richtung der Fragestellung

Die umfassende Darstellung und Interpretation der Ergebnisse in Richtung der ausgehend formulierten Fragestellung erfolgt in den Kapiteln 5 der vorliegenden Arbeit.

10. Schritt: Anwendung der inhaltsanalytischen Gütekriterien

Auf die Gütekriterien qualitativer Forschung wird Diskussionsteil dieser Arbeit (Kapitel 6.2) Bezug genommen.

5 Ergebnisse

5.1 Darstellung der Ergebnisse

5.1.1 Darstellung der fallübergreifenden Ergebnisse

Der folgende Abschnitt wird die Kategorien erläutern, die in mehreren der durchgeführten Interviews gefunden wurden. Als erstes werden die Kategorien vorgestellt, die sich in allen Befragungen gezeigt haben, und hiernach die, die sich in manchen der Gesprächen gezeigt haben. Eine Übersicht aller interviewübergreifenden Kategorien zeigt Tabelle 3, eine Übersicht inklusive der Ankerbeispiele befindet sich in Anhang H.

Tabelle 3: Übersicht aller interviewübergreifenden Kategorien

Kategorie	Unterkategorie	Interview
K1: Grundausbildung	---	1 – 4
K2: Traumaausbildung	---	1 – 5
K3: Techniken der Arbeit	---	1 – 5
K4: Unterstützende Faktoren	K4.1: Kollegiale Unterstützung	1 – 4
	K4.2: Selfcare	3, 5
K5: Eigene Fehler und Grenzen anerkennen	K5.1: Grenzen	1 – 5
	K5.2: Fehler	2
K6: Weltbild wird negativ beeinflusst	K6.1: Wissen um rituellen Missbrauch	1, 2, 4
	K6.2: Zweifel an dem Guten im Menschen	1, 5
	K6.3: Misstrauen	1, 3 – 5
	K6.4: Umwelt wird vor dem Hintergrund der Arbeit anders wahrgenommen	1, 2, 5
	K6.5: Situationen mit leidenden Kindern nicht mehr ertragen können	1, 3
K7: Selbst wird positiv beeinflusst	K7.1: Von Patientinnen lernen	1 – 3, 5
	K7.2: Von Patientinnen inspiriert werden	1 – 4
	K7.3: Sinnerleben durch die Arbeit mit Patientinnen	1, 2, 4
	K7.4: Relativieren eigener Problematiken	1, 2, 5
	K7.5: Anderen Menschen helfen können	1, 3 – 5
K8: Selbst wird negativ beeinflusst	K8.1: Keine Filme mit Gewalt mehr sehen können	1, 3
	K8.2: Belastung durch das Arbeiten mit Traumatisierten	1 – 5

	K8.3: Isolation	1, 3
	K8.4: Fokus auf Negatives und Verlust der Naivität	2 – 5
K9: Mono- versus Komplex-trauma	---	1 – 4
K10: Trauma als Arbeit an der Substanz	---	1, 5
K11: Sicherheit durch Erfahrung	---	3, 5
K12: Praxisalltag	---	1, 5
K13: Beruflicher Werdegang	---	2, 4, 5

Kategorie 1: Grundausbildung

Diese Kategorie beschreibt die therapeutische Grundausbildung, die die Befragten absolviert haben, und zeigte sich in den Interviews 1 bis 4. Es ergaben sich keine untergeordneten Kategorien. Folgendes Beispiel aus dem ersten Interview veranschaulicht dies: „*Von meiner ursprünglichen Ausbildung bin ich Gestalttherapeut und habe in der, damals in der stationären Jugendhilfe gearbeitet. Jugendliche mit Doppeldiagnose Sucht und psychischer Erkrankung*.“

Kategorie 2: Traumaausbildung

Diese Kategorie fasst alle Aussagen über die traumatherapeutischen Aus- und Weiterbildungen der Befragten zusammen. In allen der fünf Interviews fanden sich Textsequenzen, die in diese Kategorie eingeordnet wurden. Dieser Ausschnitt aus dem vierten Interview verdeutlicht dies gut: „*Und dann bin ich zu der in die Ausbildung gegangen und auch lange in die Supervisionsgruppe und habe dann auch EMDR Ausbildung gemacht und habe da bei der Frau Reddemann die Ausbildung gemacht. Und bei, ach da gab es in [Stadt] noch so ein Institut, die haben immer ganz gute Amerikaner geholt, wo man gute Workshops machen konnte, das habe ich auch zu Hauf gemacht.*“

Kategorie 3: Techniken der Arbeit

Sämtliche Aussagen zu erlernten Techniken, Methoden, Haltungen und persönlichen Werkzeugen und Hilfsmitteln in der Arbeit mit traumatisierten Patientinnen sind in dieser Kategorie zusammengefasst. Diese Kategorie konnte in allen Interviews gefunden werden. Hierzu ein Beispiel aus Interview 3: „*Auch heute, eine Stunde vorher ist mir eine Frau, die massive Gewalterfahrungen hat / Ich habe mit ihr eine Übung gemacht, die hieß "Nein, das mache ich nicht!" Weil sie das nicht kann. Also eigentlich ein Verhaltenstherapeutischer Ansatz, ja. Sie sollte durch den Raum gehen / Ich sagte, egal, ich sage jetzt irgendwas, egal was ich sage, Sie sagen immer denselben Satz: Nein, das mache ich nicht. Das erste, was ich zu ihr sagte, war: geben Sie mir mal das Kissen. Sie gab es mir. Wir haben beide schallend gelacht, weil sie das gar nicht konnte. Das nächste Male ging sie eine Weile und ich sagte: setzen Sie sich doch mal hin. Und sie merkte, sie kriegt den Satz nicht raus. Und dann ist sie (...) in dieses Trauma rein, weil dann hätte der Vater sie totgeschlagen, wenn sie gesagt hätte, das mache ich nicht. (...)*“

Kategorie 4: Unterstützende Faktoren

Diese Kategorie bezeichnet Faktoren, die von den befragten Therapeutinnen als unterstützend beschrieben wurden und ihnen dabei helfen, mit der Last des Traumamaterials erfolgreich umzugehen. Alle Interviewten haben Aussagen gemacht, welche sich in diese Kategorie einordnen lassen. Im Laufe der Analyse haben sich zwei Unterkategorien herausgebildet: Kollegiale Unterstützung (K4.1) und Selfcare (K4.2).

Kollegiale Unterstützung umfasst sowohl den informellen kollegialen Austausch sowie professionelle Intervision und Supervision, welche von den Therapeutinnen als sehr wichtig empfunden wurde. Ein Beispiel hierfür aus dem zweiten Interview: „*Eine andere Situation in dem Kontext hatte ich mit jemandem, wo ein Anteil dann sehr, sehr angriffig mir gegenüber wurde und dann kommt es ja gerne zu diesen: ich melde Sie bei der Psychotherapeutenkammer oder / das macht natürlich extrem Stress, ja, und da ging es für mich auch nur mit kollegialem Austausch. Also zu sagen, pass auf, mir ist das und*

das passiert, wie würdest du jetzt handeln? Ich habe jetzt das und das gemacht und so weiter. Also der ist dann schon ganz schön wichtig, ja.“

K4.2 – Selfcare beschreibt die Aktivitäten, die von den Therapeutinnen unternommen werden, um von sich aus einen Ausgleich zu der Belastung durch ihre Arbeit zu schaffen. Dieser Ausschnitt aus Interview 5 verdeutlicht dies: „*Ja das ist schon / Also, ich versuche ja wie gesagt die Anzahl der Sitzungen begrenzt zu halten und dann ist halt schon gut, wenn man auch wirklich (...) so Veränderungen hat, also keine Ahnung, mal irgendwie zum Yoga geht oder in die Natur geht oder halt Ablenkung hat und andere Menschen trifft oder so. Dass man einfach den Kontext verändert und sich dann halt auch ablenkt.“*

Kategorie 5: Eigene Fehler und Grenzen anerkennen

Unter dieser Kategorie werden alle Sequenzen zusammengefasst, in welchen die Therapeutinnen darüber sprechen, eigene Grenzen(K5.1), sowohl persönlicher als auch fachlicher Art, und Fehler (K5.2) anzuerkennen. Die beinhaltet die Grenzen der persönlichen Belastbarkeit, der eigenen Fachkenntnis sowie das ehrliche Eingestehen von Fehlern in der Behandlung. Hierzu ein Ausschnitt aus dem ersten Interview: *„Also ich habe immer wieder gemerkt, ich passe meine eigene Arbeit immer wieder an. Auch das Umfang an Wochenstunden, wieviel Klienten ich arbeite. Ich könnte mir auch niemals vorstellen, vierzig Stunden die Woche Traumapatienten von morgens bis abends zu machen. Auch da gibt es Therapeuten, die sowas machen. Mir ist das ein Rätsel. Sondern ich versuche da, das ein bisschen zu sortieren und freue mich auch immer mal wieder, wenn Klienten mit ganz leichten, überschaubaren Themen herkommt.*“

Kategorie 6: Weltbild wird negativ beeinflusst

Die Thematik dieser Kategorie zeigte sich in allen fünf Interviews und beschreibt, dass und inwiefern die Arbeit mit traumatisierten Patientinnen das Weltbild der befragten Therapeutinnen auf eine negative Weise beeinflusst. Als Unterteilung dieser vielfältigen

Kategorie haben sich auch hier verschiedene Unterkategorien herauskristallisiert, die im Folgenden vorgestellt werden sollen. Äußerungen zu dieser Kategorie wurden in allen Interviews gefunden, jedoch wurden nicht zu jeder der Unterkategorien in jedem Interview Sequenzen kodiert.

K6.1: Wissen um rituellen Missbrauch

Die Erkenntnis und das Wissen um organisierten und rituellen Missbrauch wurde von den Interviewten als außerordentlich belastend beschrieben. In Interview 4 beschrieb die Therapeutin es als „*eine Parallelgesellschaft, die einfach nicht ernst genommen wird.*“ Es wurde deutlich, dass das Wissen um rituellen Missbrauch die Therapeutinnen schwerwiegender und nachhaltiger negativ beeinflusste als andere Formen von Traumata. Dies wird durch diese Sequenz aus dem ersten Interview erneut verdeutlicht: „*Also wie gesagt, bei diesen organisierten Täternetzwerken (...) da ist das wirklich / ich bin mittlerweile Welten begegnet, von denen ich ehrlich gesagt lieber nie gewusst hätte, dass es sie gibt. Das ist schon schwer, das auszuhalten und zu wissen, sowas gibt es tatsächlich. Das ist nicht irgendein skurriler Mythos, sondern ist vorhanden, ob jetzt irgendwie satanische Zirkel oder sonstiger ritueller Missbrauch. (...) Das hat mich eigentlich am meisten beeinflusst.*“

K6.2: Zweifel an dem Guten im Menschen

Durch das Wissen über diverse Tätergruppen und die Konfrontation mit Traumamaterial entwickelte sich in den Therapeutinnen ein Zweifeln darüber, ob jeder Mensch im Kern als gut bezeichnet werden kann. In Interview 1 wird dies wie folgt formuliert: „*Also wenn/ es gibt ja bestimmte Tätergruppen, die sind zu unvorstellbarem fähig und das beißt sich halt total so mit meiner Grundhaltung von: Eigentlich sind wir alles gute Wesen, manche haben halt schlechte Bedingungen gehabt und haben sich deswegen zu etwas schwierigeren Charakteren entwickelt.*“

K6.3: Misstrauen

Die Konfrontation mit Traumamaterial und insbesondere organisierten Täternetzwerken hat für die Befragten die Folge, dass sich ein Misstrauen gegenüber ihre Umwelt einschließlich ihres Privatlebens in ihnen entwickelt. Dies hat zum Teil die Folge, dass sie „*dem Glanz [nicht] vertrauen können*“ (Interview 3) oder sich gehemmter bewegen, wie diese Aussage aus dem ersten Interview verdeutlicht: „*Aber wenn ich mitkriege, was für Böswilligkeiten es zuweilen gibt, auch noch in dem Wissen, dass das teilweise Tätergruppen sind, die hochvernetzt in (…) entsprechenden Kreisen sind, dann kriege ich manchmal, ja, Schwierigkeiten, mich da noch entspannt zu bewegen, sag ich mal.“*

K6.4: Umwelt wird vor dem Hintergrund der Arbeit anders wahrgenommen

Die Arbeit mit dem traumatischen Material der Patientinnen hat ebenfalls zur Folge, dass sich die Wahrnehmung der Therapeutinnen verändert, insofern dass sie gewisse alltägliche Dinge und Erlebnisse anders einordnen. Die Therapeutin aus dem dritten Interview beschreibt eine veränderte Wahrnehmung in Bezug auf Kriminalität und Drogenkonsum: „*Ich sehe ständig und überall Drogenabhängige in Berlin. Das macht mich manchmal fertig*“ wohingegen in Interview 5 von „*einem größeren Bewusstsein für die Gestörtheit der Menschen*“ gesprochen wurde.

K6.5: Situationen mit leidenden Kindern nicht mehr ertragen können

Sowohl in Interview 1 als auch in Interview 3 wurden Situationen beschrieben, in denen es den Therapeutinnen schwer fiel beziehungsweise nicht möglich war, Situationen mitanzusehen, in denen Kinder weinen oder anderweitig leiden. Im ersten Interview wurde der Impuls beschrieben, „*rauszurennen und der [Mutter] zu erklären, dass das einfach mal gar nicht geht und sie sich doch mal bitte um ihre Kind kümmern soll“*. Im dritten Interview erzählte die Therapeutin: „*Aktuell bin ich nicht gut darin, wegzugucken. Ich versuche immer irgendwas. Und wenn es ist, den Blick vom Vater zu kriegen oder einen netten Satz zu sagen, was für ein tolles Kind er hat oder ich steige aus. Manchmal wechsle ich das Café, weil ich es nicht ertrage. Also einmal / Ich habe ja selber vier*

Kinder, aber / weil ich nicht ertrage, wie eine Mutter mit ihrem Kind umgeht. Das ist deren Ding, aber / so ein Abstand wird schwieriger. Ich setze mich raus oder ins nächste Café.“

Kategorie 7: Selbst wird positiv beeinflusst

Diese Kategorie beschreibt, inwiefern die Therapeutinnen selbst durch die Arbeit mit den Patientinnen auf positive Art beeinflusst werden. Die Thematik wurde in allen Interviews gefunden und auch hier zeigte die Analyse Unterkategorien in mehreren der Interviews.

K7.1: Von Patientinnen lernen

Die interviewten Therapeutinnen beschrieben diverse Arten und Wege, über welche sie von ihren Patientinnen lernen konnten. Dies beinhaltet praktische Dinge des täglichen Lebens sowie Fähigkeiten im Rahmen ihrer therapeutischen Arbeit bis hin zu abstrakteren Dingen wie dem Problemlösen, wie in diesem Ausschnitt aus Interview 3 gezeigt wird: „*Weil die suchen ja / im besten Falle findet jemand in der Therapie seine eigene Lösung. Nicht meine, sondern seine. Und dabei darf ich zugucken. Und das erweitert mich natürlich über Lösungsversuche. Was kann man tun? Da lerne ich eine Menge.“*

K7.2: Von Patientinnen inspiriert werden

Durch die Arbeit mit den Überlebenden von Traumata wie Krieg oder Missbrauch fühlen sich die Therapeutinnen berührt und inspiriert. Sie beschreiben eine Faszination darüber, „*was (…) Menschen alles bewältigen können“* (Interview 1) sowie die Fähigkeit der Patientinnen zur Gestaltung ihres Lebens (Interview 2) oder dem Empfinden von Überlebensschuld (Interview 3).

K7.3: Sinnerleben durch die Arbeit mit Patientinnen

Im Rahmen der Arbeit mit Traumaüberlebenden erleben die Therapeutinnen eine besondere Sinnhaftigkeit ihrer Arbeit und in ihrem Leben. Das Wissen und das Erleben dieser Sinnhaftigkeit wird als wertvoll empfunden. Hierzu eine Aussage aus Interview 1:

„Also auf jeden Fall die Begleitung von Heilung. Das Wissen, dass das wirklich Sinn macht. Also zu erleben auch, dass das Sinn macht.“

K7.4: Relativieren eigener Problematiken

In dieser Kategorie wird beschrieben, wie die Therapeuten durch das Miterleben des traumatischen Materials ihrer Patientinnen eigene Probleme und Sorgen anders bewerten und relativieren. Dies führt dazu, dass sie geduldiger und bescheidener werden (Interview 5) und eigene Problematiken als weniger schlimm bewertet werden, wie folgendes Beisiel aus Interview 1 verdeutlicht: „*Na das kann irgendwas sein, dass ich wegen irgendwas (...) Beruflichem oder Familiärem genervt bin und mich dann daran erinnere, dass ich noch am Morgen zu einer schlimmen Vergewaltigung gearbeitet habe und dann einfach merke: okay, es ist jetzt stopp. Hör mal auf, dich hier über irgendwas aufzuregen, weil (...) es lohnt sich nicht. Das sind nicht die schlimmen Themen des Lebens. Also da hilft es mir ein Stück weit.*“

K7.5: Anderen Menschen helfen können

Das Wissen, dass sie mit ihrer Arbeit anderen Menschen helfen können, wurde von den Therapeutinnen als eine große Bereicherung empfunden. Dieser Effekt trat verstärkt auf, wenn Patientinnen geholfen werden konnte, die bereits vieles ohne Erfolg versucht hatten. „*Und am tollsten ist es natürlich, wenn die Leute schon wer weiß was alles versucht haben und das hat alles nichts geholfen. Und wenn man dann eine Methode anbieten kann, die hilft. Das ist (...) genial. (lacht) (...) Nee, das ist schon gut. (...)“*

Kategorie 8: Selbst wird negativ beeinflusst

Die Traumaarbeit hat auch negative Folgen für das Selbst der Therapeutinnen. Dies konnte ebenfalls in allen Interviews festgestellt werden. Erneut haben sich Unterkategorien herausgebildet, die in mehreren der Interviews gefunden werden konnten.

K8.1: Keine Filme mit Gewalt mehr sehen können

Die Therapeutinnen beschrieben, dass sie durch die Arbeit mit den traumatisierten Patientinnen und deren Material nicht mehr in der Lage seien, Filme mit exzessiver Gewalt zu schauen. Dies wird dadurch begründet, dass die Verbindung zwischen den brutalen Szenen in Filmen und dem Traumamaterial der Patientinnen zu nah sei. „*Aber mir fällt noch eine persönliche / Ich gucke mir im Kino keine, keinerlei dramatische oder harte Streifen an. (...) Das habe ich in der Arbeit. Kriegsfilme geht überhaupt nicht.*“

K8.2: Belastung durch die Arbeit mit Traumatisierten

Neben den positiven Aspekten wird die Arbeit von den Therapeuten durchaus auch als belastend empfunden. Dies äußert sich auf verschiedene Art und Weisen wie das Erleben einer körperlichen Anspannung, dem Erleben und Aushalten der Hoffnungslosigkeit der Patientinnen oder die nervliche Belastung durch Angst vor den Tätern. Hierzu ein Auszug aus Interview 4: „*Für mich war es auch belastend, das zu Ihrer Frage, ja. Wenn man so grässliche Geschichten sich anhören muss und dann ja auch mitfühlt als Therapeut zwangsläufig, sonst hilft das ja auch nicht. Ich konnte zwar immer ganz gut die Sachen hinter mir lassen, außer bei den DIS Klienten, die haben mich bis in den Schlaf rein verfolgt, glaube ich. Also deren Verfolger. Nicht die Klienten an sich.*“

K8.3: Isolation

Hier werden die Erfahrungen der Therapeutinnen beschrieben, durch ihr Wissen um Traumata von anderen Menschen isoliert zu sein. Dies äußert sich zum einen in dem Wunsch, andere Menschen von dem schrecklichen Material schützen zu wollen und auch durch das Gefühl, solch ein Wissen nicht guten Gewissens mit Anderen teilen zu können. Dies zeigt sich in folgendem Beispiel: „*Wenn ich mich mit Kriegstraumatisierung beschäftige, ist das unglaublich hart, weil ich Geschichten höre, die erzähle ich nicht mal jemandem. Die will ich niemandem in den Kopf tun. Und da ist auch die Scheu der*

Klienten, es mir zu erzählen, weil sie wissen, wenn sie es mir erzählen, habe ich es im Kopf. Das ist eine intuitive Scheu. Und es ist eine Zumutung und man muss es aushalten."

K8.4: Fokus aus Negatives und Verlust der Naivität

Die Befragten beschreiben hier eine intrinsisch veränderte Wahrnehmung mit einem Fokus auf das Negative. Sie schließen unter anderem ihre Wohnung anders ab und sehen auch im Privaten mehr Störungsbilder. Die Sequenz aus Interview 3 fasst dies gut zusammen: „*Vielleicht ist es manchmal ein komisches Bild auf die Welt, soviel Leid sich anzuhören. Ich höre ja wenig gute Geschichten. (...) Aber da habe ich keinen Vergleich.*"

Kategorie 9: Mono- versus Komplextrauma

Die Therapeutinnen in Interview 1 – 4 berichteten von einem deutlichen Unterschied in der Behandlung von Monotraumatisierten im Vergleich zu Patientinnen, die wiederholt oft während der Kindheit und Jugend traumatisiert wurden. Während die Arbeit mit Ersteren durchweg als gradlinig und gut zu bearbeiten beschrieben wurde, erlebten die Therapeutinnen die Behandlung von Komplextraumatisierten als deutlich schwieriger, langwieriger und belastender. In Interview 1 wurde die Metapher des Laub harkens verwendet: „*Ich finde ja. Also in der Regel hat Trauma, wenn wir jetzt mal vom späten Monotrauma ausgehen, das hat finde ich / das ist ein klar umrissenes Thema, da gibt es ein traumatisierendes Ereignis, das wird angegangen und (...) oder es hatte Konsequenzen, dann wird das Thema angegangen, dann haben wir Auswirkungen auf diese Konsequenzen, in der Regel irgendwas Positives. Also da ist es so ganz klar und spürbar. Ich habe früher mal gesagt, dass ist dann ein bisschen wie Laub harken, man sieht genau hinterher, was hat man geschafft. Das ist allerdings wirklich nur für späte Monotraumen.*

Frühes Komplextrauma ist dann oft das Gegenteil. Da hat man das Gefühl, okay, ich habe jetzt schon, wenn wir mal in der Laub harken Metapher bleiben: ich habe jetzt schon 5

Wochen dieses Laub weggeharkt und es rieselt immer neues runter und / Da kann es einem manchmal genau gegenteilig sein.“

Kategorie 10: Trauma als Arbeit an der Substanz

Diese Thematik zeigte sich in den Befragungen 1 und 5. In beiden Interviews wurde die Arbeit mit traumatischem Material als wesentlicher und als substanzieller empfunden als andere Arten der therapeutischen Arbeit, da im Trauma Kernthemen bearbeitet werden. Dies wird durch folgenden Ausschnitt aus Interview 5 verdeutlicht: „*Also, für mich war schon klar, dass es (...) interessanter und wesentlicher ist als Gesprächstherapie zum Beispiel. Also das es halt mehr so um Substanz geht.“*

Kategorie 11: Sicherheit durch Erfahrung

Die Interviewten in den Interviews 3 und 5 schilderten, wie sie durch ihre Erfahrung in der Arbeit mit Traumatisierten Sicherheit gewonnen hatten und so mit schwierigen Situationen besser umgehen konnten. Dies beschreibt der folgende Auszug aus dem fünften Interview: „*Naja, ich habe natürlich wesentlich mehr Erfahrung und es fordert mich nicht mehr so. Und ich würde sagen die meisten Themen habe ich relativ gut im Überblick, sagen wir mal so. Es gibt jetzt keine großen Überraschungen, sagen wir mal so.*“

Kategorie 12: Praxisalltag

Diese Kategorie wurde in den Interviews 1 und 5 gefunden und beinhaltet Schilderungen zu alltäglichen Abläufen in der Praxis. Dies meint unter anderem die Anzahl an Patientinnen pro Tag, die Strukturierung von Sitzungen und Pausenzeiten sowie organisatorischen Aufgaben. Hierzu ein Beispiel aus dem ersten Interview: „*Also*

eigentlich mache ich so im Schnitt drei Leute am Vormittag, dann eine ausgiebige Pause und dann nochmal drei am Nachmittag. Das wäre so mein typischer Arbeitstag."

Kategorie 13: Beruflicher Werdegang

Diese Kategorie zeigte sich in den Interviews 2, 4 und 5. Sie umfasst Schilderungen zur beruflichen Laufbahn der Therapeutinnen, die nicht als Ausbildungsschritte in Kategorie 1 oder 2 eingeordnet wurden. Dies beinhaltet Aussagen über ehemalige Arbeitgeber, Berufserfahrung und andere ausgeübte Berufe. Ein Beispiel für diese Kategorie findet sich in Interview 4: „*Und dann (...) dann habe ich Klinikerfahrung / Also nach der Drogentherapie war ich schon in eine Praxis gegangen und habe da gemerkt, dass wenn da so schwerer Gestörte kamen, dass ich dann mit denen überhaupt nicht zurecht kam und mit denen noch zu wenig Erfahrung hatte. Dann bin ich in die Klinik gegangen, die damals die einzige in Deutschland war, wo man Gestalt in der Klinik machen konnte. Und das war in [Stadt], das gibt es auch heute noch, zwei Kliniken große. Da bin ich dann hängen geblieben, 23 Jahre lang.*"

5.1.2 Darstellung der fallspezifischen Ergebnisse

Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse für jedes der einzelnen Interviews vorgestellt. Die Befragungen werden in chronologischer Reinfolge mit ihren jeweiligen Kategorien beschrieben. Jene Kategorien, die sich in mehr als einem der Interviews gezeigt haben, wurden ausführlich in Abschnitt 5.1.1 beschrieben und hier daher nur in Kürze erläutert. Eine kurze Beschreibung der Befragungssituation wird gegeben.

5.1.2.1 Fall 1

Das erste Interview fand auf Wunsch des Therapeuten in seinen Praxisräumen statt. Neben der Autorin und dem interviewten Therapeuten war sein Hund anwesend, welcher während der Befragung im Raum schlief. Die weiteren Praxisräume waren leer. Der Verlauf des Interviews wurde nicht unterbrochen (vergleiche Anhang E).

Im Rahmen der Auswertung wurden 16 Kategorien bestimmt. Von den genannten Kategorien handelt es sich bei den Nummern eins bis elf um interviewübergreifende Kategorien (K1 – 10, K11), welche genauer in Kapitel 5.1.1 dargestellt werden. Die hier ausgelisteten Kategorien eins bis fünf sind dagegen spezifisch für dieses Interview und werden im Folgenden genauer erläutert.

1. Traumatherapie als positive Arbeit
2. Aspekte, die die Arbeit belastend machen
3. Eigene Resilienz
4. Aspekte der Arbeit unabhängig von Trauma
5. Sekundäre Traumatisierung als Thema

Die Kategorie *Traumatherapie als positive Arbeit* beschreibt die grundsätzlich positive Haltung zu der Arbeit mit traumatisierten Patientinnen. Der Interviewte beschreibt ein angenehmes Gefühl gegenüber seiner Arbeit, wie sich in folgenden Zitaten zeigt: *„Also zum einen mache ich das wirklich sehr gerne. Ich habe das Gefühl, mir fällt Trauma –“* sowie *„Für mich ist da ganz, ganz, ganz viel Licht in diesem Feld.“*

Die Kategorie *Aspekte, die die Arbeit belastend machen* fasst Aussagen zusammen, die beschreiben, welche belastenden Momente es in den Behandlungssituationen mit den Patientinnen gibt. Dies schließt für die Traumaarbeit spezifische Übertragungsphänomene mit ein. Dies verdeutlicht besonders folgendes Beispiel: *„Emotional anfühlt, ja. Also das wäre jetzt so ein typisches Übertragungsphänomen, wenn ich dann selber so ein / Also, wenn in mir ein Impuls hochkommt. (...) Spannend sind natürlich auch immer überhaupt die ganzen Übertragungsphänomene. Also wenn ich von ich bin der beste Therapeut der Welt zu ich bin das größte Arschloch der Welt / diese*

Projektion abzubekommen (...) und natürlich selber auch Mensch zu sein (...), der / den das in irgendeiner Form berührt.“

Unter *Eigene Resilienz* werden die Aussagen zusammengefasst, welche das Verständnis verdeutlichen, der Interviewte sei durch intrinsische Eigenschaften gut für die Arbeit mit traumatisierten Patientinnen geeignet. Dies wird sehr gut durch folgende Aussage demonstriert: „*Und warum auch immer das so ist, also es ist so eine gewisse / ich habe einfach ein gewisses Vermögen, mich solchen Themen stellen zu können. (...) So richtig klar kann ich das nicht sagen, warum das so ist. (...) Ich kenne viele, viele Menschen, wo ich sagen würde, die könnten diesen Job auf gar keinen Fall machen.*“

Aspekte der Arbeit unabhängig von Trauma beschreibt Erfahrungen, die mit dem Beruf der Psychotherapeutin allgemein in Verbindung gebracht werden und nicht spezifisch mit der Arbeit mit traumatisierten Patientinnen zu tun haben. Folgendes Zitat verdeutlicht dies: „*Im Bezug auf / dass ich natürlich in dem Wissen, ich bin irgendwie Psychotherapeut und im Traumasektor unterwegs, werden mir oft Fragen gestellt in dem Bereich, oder jetzt gerade im Umland, im Garten kam eine Nachbarin und erklärte, ihr Partner hätte gerade Panikattaken und ich soll jetzt doch mal gucken, was da los sei und so. So dieses typische: Du bist doch Psychologe, komm doch mal! Wobei das auch schon vor Traumaarbeit Thema war.“*

Abschnitte, welche unter *Sekundäre Traumatisierung als Thema* kodiert wurden, enthält alle Äußerungen, in denen sekundäre Traumatisierung als Thema an sich angesprochen wird. Dies bezieht sich jedoch nicht auf Erfahrungen des Therapeuten selbst, sondern als Wissen um das Thema an sich sowie Erfahrungen Dritter. Ein verdeutlichendes Beispiel: „*Aber es ist schwer. Ich habe neulich eine / ich habe jemand kennen gelernt, der eine Dokumentation über das Thema Trauma gerade dreht und die nach einem halben Jahr Arbeit so sekundär traumatisiert waren, dass die beide erstmal in Therapie gelandet sind und gesagt habe: wir müssen Pause machen, wir können nicht mehr. Also die sind dann glaube ich auch mit einer gewissen Leichtfertigkeit rangegangen an das Thema. So nach dem Motto, wir drehen jetzt mal einen spannenden Film darüber.*“

5.1.2.2 Fall 2

Die zweite Befragung fand ebenfalls in der Praxis der Therapeutin statt. In den Praxisräumen waren befanden sich außer der Autorin und der Befragten keine weiteren Personen. Die Interviewsituation war insofern zeitlich begrenzt, dass zur nächsten vollen Stunde eine Patientin angekündigt war. Aus der Analyse des Transkriptes ergaben sich zusätzlich zu den interviewübergreifenden Kategorien K1 – K9 folgende Kategorien:

1. Beziehung zu Traumatisierten

In der Kategorie *Beziehung zu Traumatisierten* werden die Beschreibungen der Beziehungserfahrungen mit traumatisierten Patientinnen und deren Besonderheiten dargestellt. Der folgende Auszug illustriert, dass die Beziehungsgestaltung von Traumatisierten oft von Misstrauen geprägt ist: *„Also ich würde es da / ich habe es da jetzt so nie als so Misanthropie erlebt. Aber dieses, natürlich, ein großes Misstrauen Menschen gegenüber. Also nicht vertrauen können und so, das ist für Menschen mit Traumahintergrund glaube ich eher die Regel.“*

5.1.2.3 Fall 3

Die Befragungssituation des dritten Interviews zeichnete sich vor allem durch die stark präsenten emotionalen Ladungen aus. Die Therapeutin sprach mit viel Emotionen über ihre Arbeit, welche sich zwischenzeitlich auch auf die Autorin übertrugen (vergleiche Postskript in Anhang E). Das Gespräch fand in geteilten Praxisräumen statt. Es befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung andere Personen in der Praxis. Das Interview wurde hiervon nicht unterbrochen. Nach der Analyse des Materials ergaben sich zusätzlich zu den interviewübergreifenden Kategorien K1 bis K9 und K11 folgende Kategorien:

1. Instinktiver Zugang zu Traumatisierten
2. Trauma als körperliche Erfahrung
3. Finanzierung und Ressourcen für die Therapie

Unter *Instinktiver Zugang zu Traumatisierten* wurden alle Aussagen subsummiert, welche erläutern, inwiefern die Therapeutin durch ihre familiäre Biographie einen besonderen Zugang zu traumatisierten Patientinnen hat. Dies wird sehr gut durch das folgende Textbeispiel deutlich: „*Persönlich komme ich aus einer Familie, wo es einen jüdischen Anteil gibt. Das heißt, ich bin (...) im Grunde nicht wissend mit einem Haufen schwersttraumatisierter Menschen groß geworden. Also meine Eltern sind beide in Berlin geboren und als Kinder hier im Krieg groß geworden. Es gibt einen jüdischen Familienanteil und von daher habe ich einen intuitiven Zugang zu traumatisierten Menschen, den ich später dann intellektualisiert habe oder durchdrungen, was ich da eigentlich kann. Ich konnte es von Anfang an. Ich wusste nur nicht, was ich tue. So, inzwischen weiß ich, was ich tue, ja. Das vielleicht erstmal so vorneweg.*"

Durch die Kategorie *Trauma als körperliche Erfahrung* wird der Fokus der Therapeutin auf die physiologischen Aspekte eines Traumas verdeutlicht. Dies zeigt sich unter anderem in folgendem Ausschnitt: „*Also das Trauma ist der gefrorene Schrecken im Körper, könnte man sagen. Levine beschreibt das ganz gut, was da passiert. (...) Das heißt, die stehen sozusagen mit durchgedrückten Knien, haben den Bauch angespannt im Schreck, das Zwerchfell blockiert und die Schultern fest. Und so / Wenn ich zehn Jahre so durchs Leben gehe, habe ich alle möglichen Folgeerkrankungen. Und dem kann man aber mit 18 Leute mit leichten Übungen entgegen gehen. Man muss halt gucken, wann werden die zu viel vitalisiert, dann werden sie überflutet, und wenn es zu wenig ist, passiert nichts. Also diesen Grad zu finden. Aber das geht ganz gut.*"

In der Kategorie *Finanzierung und Ressourcen für die Therapie* beschreibt die Rahmenbedingungen und Begrenzungen, in welchen die Traumatherapie stattfindet und welche Rahmenbedingungen sich die Therapeutin für ihre Patientinnen wünschen würde. Folgendes Zitat ist hierfür stellvertretend: „*Die hätten alle / am besten ist immer Gruppe und Einzel kombiniert, aber aus Kostengründen kriegt man es meistens nicht hin. Heute kriegt man nicht mal mehr Gruppen finanziert.*"

5.1.2.4 Fall 4

Das Interview in Fall 4 fand ebenfalls in der Praxis der Therapeutin statt. Kurz vor Ende des Interviews gab eine kurze Unterbrechung, da die darauffolgende Klientin ein wenig zu früh erschien und hereingelassen werden musste. Vor diesem Zeitpunkt waren die einzigen in den Praxisräumen anwesenden die Therapeutin und die Autorin. Die Analyse des Interviews ergab zusätzlich zu den interviewübergreifenden Kategorien K1 bis K9 und K13 folgende Kategorien:

1. Skepsis bei Fachleuten

Die Kategorie, welche nur in diesem Interview zu finden war, ist *Skepsis bei Fachleuten* und beschreibt die Erfahrung der Therapeutin, im Kontakt mit Fachkräften Unglauben über die von ihr behandelten Traumafolgestörungen zu begegnen. „*Ein Sektenbeauftragter, den ich gebeten habe, die / also irgendwie: Man muss doch mal was unternehmen! Da hat der gesagt: Ach wissen Sie, das mit diesen Multiplen, das / ich glaube, das gibt es gar nicht, das ist doch Quatsch! Wir haben dann mal von einer, die wo das gesagt wurde, die wurde irgendwie retraumatisiert und so, da haben wir vierundzwanzig Stunden lang die rund um die Uhr beobachten lassen und da war nichts!*“

5.1.2.5 Fall 5

Das fünfte Interview war das kürzeste und fand in den Praxisräumen des befragten Therapeuten statt. Außer dem Interviewten und der Autorin war niemand in den Räumlichkeiten anwesend. Die Gesprächssituation wurde nicht unterbrochen. Die Analyse des Interviewmaterials ergab zusätzlich zu den interviewübergreifenden Kategorien K2 bis K8 und K10 bis K13 diese Kategorien:

1. Klare Abgrenzung

Ausschließlich die Kategorie *Klare Abgrenzung* fand sich in keinem der anderen Interviews wieder. Sie umfasst die Aussagen des Therapeuten zu einer klaren Trennung zwischen Beruf- und Privatleben und den entsprechenden Rollen und Aufgaben. Ein

Beispiel hierfür ist folgendes Zitat: „*Naja man muss ja nichts damit machen. Wenn der jetzt was erzählt und ich sage, okay, der scheint irgendwie ein Mutterthema zu haben, dann hat er halt ein Mutterthema. Das ist ja nicht schlimm. Jeder hat ja irgendwas. Das ist ja kein Problem.*“

5.2 Interpretation der Ergebnisse

Die vorgestellten Ergebnisse sollen im folgenden Abschnitt hinsichtlich der Beantwortung der ausgehend formulierten Forschungsfrage interpretiert werden. Anschließend wird eine Verbindung zu der in Kapitel 2 beschriebenen Forschungslage hergestellt

Die Kategorien *K6: Weltbild wird negativ beeinflusst*, *K7: Selbst wird positiv beeinflusst* und *K8: Selbst wird negativ beeinflusst* lassen den Schluss zu, dass die befragten Therapeutinnen durch ihre Arbeit mit traumatisierten Patientinnen in ihrem Selbstbild und in ihrem Weltbild beeinflusst werden. Die in Abschnitt 5.1 ausführlich dargestellten Kategorien zeigten sich in allen fünf Interviews, was bedeutet, dass sich der Einfluss einheitlich über alle Befragungen hinweg zeigt. Dieser Einfluss wird nun im Folgenden genauer erläutert.

Im Weltbild der befragten Therapeuten zeigten sich deutliche negative Veränderungen. Die kognitiven Schemata und inneren Repräsentanzen bezüglich ihrer Umwelt und ihren Mitmenschen haben sich durch die Arbeit mit traumatisierten Patientinnen gewandelt. Das Wissen um rituellen Missbrauch und die Realität organisierter Täternetzwerke mussten in die eigene Vorstellung der Welt integriert werden, was wiederum zu Zweifel am Guten im Menschen und Misstrauen hervorrief. Diese Negativen Veränderungen wurden auch von den Therapeutinnen in einen Zusammenhang mit dem Miterleben des Traumamaterials der Patientinnen gebracht und als subjektiv negativ bewertet.

Auch das Selbstbild der Interviewten wurde durch die Traumaarbeit beeinflusst. Für diesen Bereich zeigten sich Veränderungen negativer sowie positiver Art. Sie waren längerfristig durch ihre Arbeit und das dort behandelte traumatische Material der Klientinnen belastet, sie berichteten von einem Gefühl der Isolation gegenüber ihren Mitmenschen und einem Fokus auf Negatives. Sie waren teilweise nicht mehr in die Lage, Filme mit brutalem Inhalt zu schauen, ohne ein Verbindung zu ihren Patientinnen herzustellen.

Die durch die Arbeit mit traumatisierten Patientinnen positiven Veränderungen des Selbst ließen sich in der Analyse der Gespräche ebenfalls klar nachweisen. Die Befragten fühlen sich durch ihre Arbeit von ihren Patientinnen inspiriert, sie lernen von ihnen und erfahren eine persönliche Bereicherung durch Wissen, anderen Menschen helfen zu können. Sie können eigene Probleme mit mehr Gelassenheit und Perspektive betrachten und erleben ein Gefühl von Sinn in ihrem Leben. Zu dieser Thematik ist ebenfalls anzumerken, dass alle interviewten Therapeutinnen einen deutlichen Fokus auf diesen Aspekt der Befragung legten. Die positiven Effekte der Arbeit und der daraus entstehende persönliche Gewinn wurden hervorgehoben und machten einen festen Bestandteil der eigenen Narrative und Selbstwahrnehmung aus.

Die gefundenen Ergebnisse passen sich in das Bild der internationalen Forschung ein. Es ist nicht das Anliegen der vorliegenden Arbeit, auf Basis der geführten Gespräche eine Störung wie die stellvertretende Traumatisierung oder Mitgefühlsmüdigkeit zu diagnostizieren. Die Ergebnisse sind jedoch in Übereinstimmung mit dem hinter diesen Störungsbildern stehenden Grundverständnis dieser Phänomene: „die Veränderung im Therapeuten, die als Resultat des empathischen Einfühlens des Therapeuten […] in die traumatischen Erfahrungen und Folgeerscheinungen des Patienten entsteht“ (McCann und Pearlman, 1990, S.558).

Die vorliegenden Ergebnisse konnten ebenfalls zeigen, dass sich das Phänomen der stellvertretenden Resilienz sich bei in Deutschland praktizierenden Therapeutinnen finden lässt. Die gefundenen positiven Veränderungen des Selbst entsprechen dem von

Hernandez (2007) als „einzigartigen und positiven Effekt“ bezeichneten Phänomen, welches „Therapeuten in Reaktion auf die Resilienz der traumaüberlebenden Patientinnen verändert“ (S. 237). Hernandez (2007) beschreibt in dieser Veröffentlichung, wie die Therapeutinnen durch das Miterleben der Resilienz ihrer Klientinnen einen überdauernden positiven Einfluss auf ihr Verhalten, ihre Einstellungen und Emotionen erlebten. Die vorliegenden Ergebnisse können dies nur auch für in Deutschland praktizierende Therapeutinnen nachweisen.

6 Diskussion

6.1 Limitationen

Im Folgenden werden die Limitationen der vorliegenden Arbeit erläutert. Als erstes wird auf die Gütekriterien qualitativer Forschung nach Mayring (2015) eingegangen. Unter dem Kriterium der Verfahrensdokumentation wird die Notwendigkeit verstanden, die Vorgehensweise in qualitativen Studien detailliert und differenziert darzustellen. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass das Vorgehen im Nachhinein nachvollzogen werden kann. Dies beinhaltet die Darstellung des theoretischen Vorverständnisses, die Auswahl und Verwendung des Analyseinstrumentes sowie die Datenerhebung und die anschließende Auswertung. Diesem Kriterium wurde durch die ausführliche Darstellung des theoretischen Hintergrundes (Kapitel 2), der verwendeten Methoden (Kapitel 4) und der detaillierten Darstellung der Ergebnisse (Kapitel 5) entsprochen.

Das Kriterium der argumentativen Interpretationsabsicherung soll sicherstellen, dass die Interpretation als wichtiges Instrument der qualitativen Forschung regelgeleitet stattfindet und durch Argumente unterlegt wird. Die Interpretation muss in sich schlüssig sein, Lücken oder Sprünge in der Logik müssen erklärt werden. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde die Interpretation der Ergebnisse offen und nachvollziehbar dargelegt und mit theoretischen Erkenntnissen der Forschung unterlegt, um diesem Kriterium zu entsprechen.

Das Kriterium der Gegenstandsnähe beschreibt den Versuch, die Forschung so nah wie möglich an die Alltagsrealität der untersuchten Subjekte zu bringen. Die Forschung soll im Feld stattfinden anstatt in einem Labor und die Forschung mit den Untersuchten als gleichberechtigte Partner auf Augenhöhe erfolgt. Die Befragung der vorliegenden Arbeit wurde in den Praxisräumen der Therapeutinnen durchgeführt und sie wurden im Vorlauf über die Art des Interviews sowie die Fragestellung informiert. Die Mehrzahl der Befragten äußerte auch Interesse an den Ergebnissen der Arbeit, wodurch die Interessenübereinstimmung mit den Interviewten gesichert wurde.

Das Kriterium der Regelgeleitetheit bedeutet, dass die Analyse des Gegenstandes auf Basis von vorher festlegten Verfahrensregeln geschieht und systematisch durchgeführt wird. Dies wurde bei der Durchführung der vorliegenden Arbeit beachtet und ist in Kapitel 4 ausführlich dargelegt.

Das Kriterium der kommunikativen Validierung besagt, dass die Forschungsergebnisse mit den beforschten Subjekten besprochen und abgeglichen werden sollten, um die Interpretation der Forscher mit der der Probanden zu vergleichen. Aufgrund der Struktur und dem zeitlichen Rahmen der vorliegenden Arbeit als Masterarbeit konnte dies nicht gewährleistet werden. Die fertige Arbeit wird den befragten Therapeutinnen zu Verfügung gestellt werden, trotzdem ist dies als Limitation zu betrachten.

Mit dem Kriterium der Triangulierung wird der Anspruch qualitativer Forschung beschrieben, die Qualität der Forschung durch mehrere Analysegänge auf unterschiedlichen Ebenen zu sichern. Dies kann durch unterschiedliche Methoden, Interpreten oder Forschungsansätze erreicht werden. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit konnte dies nur sehr begrenzt gewährleistet werden. Die Ergebnisse wurden mehrfach geprüft und mit den Betreuerinnen besprochen, eine Untersuchung mit unterschiedlichen Methoden oder Forschungsansätzen fand jedoch nicht statt.

Des Weiteren ist die spezielle Dynamik der Gesprächssituation dieser Studie zu beachten. Die Berufserfahrung der befragten Therapeutinnen, die eventuelle Vorbildfunktion der Therapeutinnen in Bezug zur Autorin als Psychologiestudentin sowie die Geschlechterdynamik einer weiblichen Interviewerin sind alles Einflussgrößen, deren Auswirkungen im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht berücksichtigt wurden (vergleiche hierzu auch Abschnitt 6.2).

6.2 Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen, dass in Deutschland tätige Therapeutinnen durch ihre Arbeit mit traumatisierten Patientinnen in ihrem Selbst- und

Weltbild beeinflusst werden. Während sich das Weltbild hauptsächlich negativ verändert, wird das Selbst der Therapeutinnen auf negative und positive Art und Weise beeinflusst, wobei besonders die positiven Veränderungen für die Befragten bedeutsam waren. Diese Resultate befinden sich im Einklang mit den Ergebnissen der internationalen Forschung, insbesondere den Theorien zu stellvertretender Traumatisierung (Pearlman und MacIan, 1995) und stellvertretender Resilienz (Hernandez et al., 2007). Die vorliegende Arbeit weißt zudem als erste Studie dieser Art stellvertretende Resilienz bei in Deutschland praktizierenden Therapeutinnen nach. Eine Ausweitung des Forschungsstandes in dieser Thematik ist dringend notwendig und Ansatzpunkt für weitere Forschung.

Eine weitere Limitation der Studienergebnisse liegt in der spezifischen Dynamik zwischen Autorin und den befragten Therapeutinnen. Allen Interviewten war durch den vorangegangenen E-Mailverkehr (siehe Anhang A) bewusst, dass die Autorin Studentin im Studiengang klinische Psychologie war. Es ist durchaus denkbar, dass die daraus entstehende Vorbilddynamik von aktuell praktizierenden Psychotherapeutinnen und der durch die Autorin repräsentierten nachfolgenden Generation an Psychotherapeutinnen die Aussagen der Therapeutinnen beeinflusst hat. Um dies genauer zu untersuchen oder einen solchen Einfluss auszuschließen, ist weitere Forschung nötig.

Ebenfalls zu beachten ist die mögliche Auswirkung der Geschlechteridentität von Interviewerin und Interviewten. Bei der Analyse des Materials wurde kein bewusster Unterschied in der Interaktion zwischen der Autorin mit den weiblichen im Vergleich zu den männlichen Gesprächspartnern gefunden. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass sowohl die Autorin als auch die Befragten ihr Verhalten oder ihre Aussagen unbewusst auf Basis der Geschlechtsverhältnisse verändert haben. Dies wäre eine Fragestellung, die bei zukünftigen Studien berücksichtigt werden sollte.

Außerdem zu bemerken ist die Berufserfahrung der Interviewten. Alle befragten Therapeutinnen hatten bereits mehrere Jahre Erfahrung in der Arbeit mit Traumatisierten (M=19,8; SD=12,53; vergleiche Anhang G) und diverse traumaspezifische Ausbildungen. Die Erfahrungen von Therapeutinnen mit weniger Erfahrung oder weniger

fachspezifischen Weiterbildungen mögen anders aussehen und die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit sollten daher nur im Rahmen dieser Kriterien verwendet werden. Die Auswirkungen von Berufserfahrung und fachspezifischen Fortbildungen als Schutzfaktor sollte zudem Gegenstand weiterer Forschung sein.

Neben den Ausgangspunkten für weitere Forschung zeigt die vorliegende Arbeit auch für die aktuell tätigen Therapeutinnen auf, welches Risiko, aber auch welche Chancen und Möglichkeiten in der Arbeit mit traumatisierten Patientinnen liegen. Wie bereits von Hernandez et al. (2010) vorgestellt, sind dies Thematiken, die sowohl in der Ausbildung als auch in späterer Supervision verstärkt gelehrt und fokussiert werden sollten, da so die Möglichkeit besteht, negative Folgen zu verringern und positive Gewinne zu verstärken.

Die vorliegende Arbeit konnte die Ergebnisse internationaler und nationaler Forschung bestätigen. Die eingangs formulierte Fragestellung nach einem Einfluss der Arbeit mit traumatisiertem Klientel auf das Selbst- und Weltbild der Therapeutinnen wurde beantwortet und der nachgewiesene Einfluss wurde ausführlich dargestellt sowie diskutiert. Die Limitationen sowie Folgerungen für zukünftige Forschung und Praxis wurden dargelegt. Zusammenfassend hofft die vorliegende Arbeit darauf, einen weiteren Beitrag zur Forschungslage der Situation der behandelnden Traumatherapeutinnen zu leisten und dazu beizutragen, dieses Feld besser zu verstehen und die praktizierenden Fachkräfte zu unterstützen.

7 Literaturverzeichnis

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5. ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publication.

Arnold, D., Calhoun, L. G., Tedeschi, R., & Cann, A. (2005). Vicarious posttraumatic growth in psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, *45*(2), 239–263.

Bibliographisches Institut Mannheim. (2017). *Duden - die deutsche Rechtschreibung: Auf der Grundlage der aktuellen amtlichen Rechtschreibregeln* (27., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage). *Der Duden: in zwölf Bänden: das Standardwerk zur deutschen Sprache; Band 1*. Berlin: Dudenverlag.

Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism: Perspective and method*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Bowlby, J., Ainsworth, M. D. S., Endres, M., & Seemann, U. (2010). *Frühe Bindung und kindliche Entwicklung* (6. Aufl.). *Beiträge zur Kinderpsychotherapie: Vol. 13*. München: Reinhardt.

Canfield, J. (2005). Secondary Traumatization, Burnout, and Vicarious Traumatization: A Review of the Literature as It Relates to Therapists Who Treat Trauma. *Smith College Studies in Social Work*, *75*(2), 81–101. https://doi.org/10.1300/J497v75n02_06

Daniels, J. (2006). *FST - Fragebogen zur*: PSYNDEX Tests Info.

Daniels, J. (2006). Sekundäre Traumatisierunng: Kritische Prüfung eines Konstruktes (Dissertation). Universität Bielefeld, Bielefeld.

Daniels, J. (2007). Eine neurophysiologische Theorie der Sekundären Traumatisierung. *Zeitschrift Für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin*, *5*(3), 49–61.

Daniels, J. (2008). Sekundäre Traumatisierung: Interviewstudie zu berufsbedingten Belastungen von Therapeuten. *Psychotherapeut*, *53*(2), 100–107. https://doi.org/10.1007/s00278-008-0585-y

Danylchuk, L. S. (2015). The training of a trauma therapist: Bringing it home. *Journal of Trauma & Dissociation: The Official Journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*, *16*(1), 1–6. https://doi.org/10.1080/15299732.2014.930804

Dresing, T., & Pehl, T. (Eds.). (2017). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (7. Auflage). Marburg: Eigenverlag.

Edelkott, N., Engstrom, D. W., Hernandez-Wolfe, P., & Gangsei, D. (2016). Vicarious resilience: Complexities and Variations. *The American Journal of Orthopsychiatry*, *86*(6), 713–724. https://doi.org/10.1037/ort0000180

Eisenriegler, A. (2008, June). *Wie halten es Psychoanalytiker/Innen heute mit ihrer Gegenübertragung? Zur Geschichte und Entwicklung des Gegenübertragungsbegriffs*, Linzer Sektion des APLG.

Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. *Brunner-Mazel psychosocial stress series: Vol. 23*. New York: Brunner-Mazel.

Figley, C. R. (1998). *Burnout in families: The systemic costs of caring*. *Innovations in psychology*. Boca Raton Fla. u.a.: CRC Press.

Figley, C. R. (2002). *Treating compassion fatigue*. *Psychosocial stress series: no. 24*. New York: Brunner-Routledge.

Flick, U., Kardorff, E. v., & Steinke, I. (Eds.). (2000). *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (12. Auflage, Originalausgabe). *Rororo Rowohlts Enzyklopädie: Vol. 55628*. Reinbek bei Hamburg: rowohlts enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Gurris, N. F. (2005). Stellvertretende Traumatisierung und Behandlungseffizienz in der therapeutischen Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen (Doktorarbeit).

Heimann, P. (1996). Über Gegenübertragung. *Forum Der Psychoanalyse*, *12*, 179–184.

Heise, E. (2003). Auch einfühlsame Studenten sind Männer: Das generische Maskulinum und die mentale Repräsentation von Personen. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, *35*(2), 285–291.

Herman, J., Koch, V., & Weitbrecht, R. (2018). *Die Narben der Gewalt: Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden* (5. aktualisierte Auflage): Junfermann Verlag. Retrieved from https://books.google.de/books?id=J5NUDwAAQBAJ

Hernandez, P., Engstrom, D., & Gangsei, D. (2010). Exploring the impact of trauma on therapists: Vicarious resilience and related concepts in training. *Journal of Systemic Therapies*, *29*(1), 67–83.

Hernandez, P., Gangsei, D., & Engstrom, D. W. (2007). Vicarious Resilience: A New Concept in Work With Those Who Survive Trauma. *Family Process*, *Vol. 46*(No. 2), 229–241.

Hernandez-Wolfe, P., Killian, K., Engstrom, D., & Gangsei, D. (2014). Vicarious Resilience, Vicarious Trauma, and Awareness of Equity in Trauma Work. *Journal of Humanistic Psychology*, *55*(2), 153–172. https://doi.org/10.1177/0022167814534322

Huber, M. (2009). *Trauma und die Folgen: Trauma und Traumabehandlung* (4. Aufl.). *Reihe Fachbuch Traumatherapie: Vol. 1*: Junfermann Verlag.

Huber, M. (2010). *Multiple Persönlichkeiten: Seelische Zersplitterung nach Gewalt* (Durchges. Neuaufl.). *Reihe Fachbuch Trauma & Gewalt*. Paderborn: Junfermann.

Jankoski, J. A. (2010). Is Vicarious Trauma the Culprit? A Study of Child Welfare Professionals. *Child Welfare*, *Vol. 89*(No. 6), 105–120.

Jüttemann, G. (Ed.). (1985). *Qualitative Forschung in der Psychologie: Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder*. Weinheim: Beltz.

Kernberg, O. F. (1997). *Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse* (6. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

KHAN, M. M. (1963). The concept of cumulative trauma. *The Psychoanalytic Study of the Child*, *18*, 286–306.

Kindermann, D., Schmid, C., Derreza-Greeven, C., Huhn, D., Kohl, R. M., Junne, F., . . . Nikendei, C. (2017). Prevalence of and risk factors for secondary traumatization in interpreters for refugees: A cross-sectional study. *Psychopathology*, *50*(4), 262–272.

Kira, I. A. (2001). Taxonomy of Trauma and Trauma Assessment. *Traumatology*, *7*(2), 73–86.

Körner, J. (1990). Übertragung und Gegenübertragung, eine Einheit im Widerspruch. *Forum Der Psychoanalyse*, *6*, 87–104.

Lamnek, S., & Krell, C. (2016). *Qualitative Sozialforschung* (6., überarbeitete Auflage). Weinheim, Basel: Beltz. Retrieved from http://www.content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783621283625

Little, M. (1998). Gegenübertragung und die Reaktion des Patienten. *Forum Der Psychoanalyse*, *14*, 162–175.

Madson, L., & Shoda, J. (2006). Alternating Between Masculine and Feminine Pronouns: Does Essay Topic Affect Readers' Perceptions? *Sex Roles*, *54*(3-4), 275–285. https://doi.org/10.1007/s11199-006-9344-0

Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, *53*(2), 205–220. https://doi.org/10.1037/0003-066X.53.2.205

Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (5., überarb. und neu ausgestattete Aufl.). *Beltz Studium*. Weinheim u.a.: Beltz.

Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12., überarbeitete Auflage).

McCann, L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious Traumatization: A Framework for Understanding the Psychological Effects of Working with Victims. *Journal of Traumatic Stress*, *Vol. 3*(No. 1), 131–149.

McCann, L., Sakheim, D. K., & Abrahamson, D. J. (1988). Trauma and Victimization: A Model of Psychological Adaption. *The Counseling Psychologist*, *Vol. 16*(No. 4), 531–594.

McCormack, L., & Adams, E. L. (2016). Therapists, complex trauma, and the medical model: Making meaning of vicarious distress from complex trauma in the inpatient setting. *Traumatology*, *22*(3), 192–202. https://doi.org/10.1037/trm0000024

McLean, S., Wade, T. D., & Encel, J. S. (1999). The contribution of therapists beliefs to psychological distress in therapists: An investigation of vicarious traumatization, burnout and symptoms of avoidance and intrusion. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *31*(4), 417–428. https://doi.org/10.1017/S135246580300403X

Mertens, W. (2008). *Einführung in die psychoanalytische Therapie* (2., verb. u. aktualisierte Aufl.). *Urban-Taschenbücher*: Kohlhammer.

Mey, G., & Mruck, K. (Eds.). (2010). *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (1. Auflage): VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Nunberg, H., & Federn, E. (1979). *Protokolle der Wiender Psychoanalytischen Vereinigung*. *Bibliothek der Psychoanalyse: Vol. 3*. Frankfurt am Main: Psychosozial Verlag.

Pack, M. (2010). Revisions to the therapeutic relationship: A qualitative inquiry into sexual abuse therapists' theories for practice as a mitigating factor in vicarious traumatisation. *Aotearoa New Zealand Social Work Review*, *21*(4), 73 - 82.

Pack, M. (2013). Vicarious Resilience: A multilayered model of stress and trauma. *Journal of Women and Social Work*, *29*(1), 18–29. https://doi.org/10.1177/0886109913510088

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*, *Vol. 26*(No. 6), 558–565.

Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York, NY, US: WW Norton & Co.

Püttker, K., Thomsen, T., & Bockmann, A.-K. (2015). Sekundäre Traumatisierung bei Traumatherapeutinnen. *Zeitschrift Für Klinische Psychologie Und Psychotherapie*, *44*(4), 254–265. https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000332

Puvimanasinghe, T., Denson, L. A., Augoustinos, M., & Somasundaram, D. (2015). Vicarious resilience and vicarious traumatisation: Experiences of working with refugees and asylum seekers in South Australia. *Transcultural Psychiatry*, *52*(6), 743–765. https://doi.org/10.1177/1363461515577289

Racker, H. (1997). *Übertragung und Gegenübertragung: Studien zur psychoanalytischen Technik* (5., neugestaltete Aufl.). *Psychologie und Person: Vol. 20*. München u.a.: Reinhardt.

Rixe, J., & Luderer, C. (2017). Das Trauma aus zweiter Hand: Sekundäre Traumatisierungen von psychiatrisch Pflegenden. *Pflege & Gesellschaft*, *22*(3), 213–230.

Rudolf, G. (2010). *Psychodynamische Psychotherapie: Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma*: Schattauer. Retrieved from https://books.google.de/books?id=ec7edv7DHZsC

Sachsse, U. (Ed.). (2004). *Traumazentrierte Psychotherapie.*

Sachsse, U. (Ed.). (2018). *Traumazentrierte Psychotherapie: Theorie, Klinik und Praxis* (3. Nachdruck, 2018 als Studienausgabe). Stuttgart: Schattauer.

Scheithauer, H. (Ed.). (2008). *Problemverhalten und Gewalt im Jugendalter: Erscheinungsformen, Entstehungsbedingungen, Prävention und Intervention* (1. Aufl.). *Klinische Psychologie Kindes- u. Jugendalter*. Stuttgart: Kohlhammer. Retrieved from http://gbv.eblib.com/patron/FullRecord.aspx?p=1561798

Selye, H. (1978). *The stress of life* (Revised ed.). New York u.a.: McGraw-Hill.

Silveira, F. S., & Boyer, W. (2015). Vicarious resilience in counselors of child and youth victims of interpersonal trauma. *Qualitative Health Research*, *25*(4), 513–526. https://doi.org/10.1177/1049732314552284

Solomon, E. P., & Heide, K. M. (1999). Type III Trauma: Towards a more effective conceptualization of psychological trauma. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *43*(2), 202–210.

Tagesschau. (2018). Lange Haftstrafen für Kindesmissbrauch: Urteil im Staufen-Prozess. Retrieved from https://www.tagesschau.de/inland/staufen-urteil-101.html

Tedeschi, R., & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, *9*(3), 455–471.

Tedeschi, R., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, *15*(1), 1–18.

Terr, L. C. (1991). Childhood Traumas: An Outline and Overview. *American Journal of Psychiatry*. (1), 10–20.

Thöle, A.-M., Penka, S., Brähler, E., Heinz, A., & Kluge, U. (2017). Psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten aus der Sicht niedergelassener Psychotherapeuten in Deutschland. *Zeitschrift Für Psychiatrie, Psychologie Und Psychotherapie*, *65*(3), 145–154. https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000315

Venzlaff, U., Dulz, B., & Sachsse, U. (2004). Zur Geschichte der Psychotraumatologie. In U. Sachsse (Ed.), *Traumazentrierte Psychotherapie* (pp. 5–29).

Way, I., VanDeusen, K., & Cottrell, T. (2007). Vicarious Trauma: Predictors of Clinicians' Disrupted Cognitions About Self-Esteem and Self-Intimacy. *Journal of Child Sexual Abuse*, *16*(4), 81–98. https://doi.org/10.1300/J070v16n04_05

Weingarten, K. (2003). *Common shock: Witnessing violence every day*. New York, NY: Dutton.

Weitkamp, K., Klasen, F., & Daniels, J. (2014). Psychometric properties of the Questionnaire for Secondary Traumatization. *European Journal of Psychotraumatology (Online Journal)*, *5*(21875).

Wiesmüller, E., & Decker-Voigt, H.-H. (2014). *Traumaadaptierte Musiktherapie: Musiktherapie mit Erwachsenen, die an (komplexen) Traumafolgestörungen leiden*. Zugl.: Hamburg, Hochsch. für Musik und Theater, Diss., 2012. *Zeitpunkt Musik: Bd. 3*. Wiesbaden: Reichert.

Windelband, W. (1904). *Geschichte und Naturwissenschaft.*

Winnicott, D. W. (1974). *Ichverzerrung in Form des wahren und des falschen Selbst: Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Frankfurt: Fischer.

Winnicott, D. W. (1997). Haß in der Gegenübertragung. *Kinderanalyse*, *5*(1), 35–46. Retrieved from https://www.kinderanalyse.de/article/ka_1997_01_0035-0046_0035_01.pdf

Witzel, A. (1985). Das problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann (Ed.), *Qualitative Forschung in der Psychologie: Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder* (pp. 227–255). Weinheim: Beltz.

World Health Organisation. (2016). The ICD-10: Classification of Mental and Behavioural Disorders.