

Belastet mich dein Trauma?

Eine empirische Studie zum Thema Sekundäre Traumatisierung bei Fachkräften der Sozialen Arbeit im Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen

Is your trauma burdening me?

An empirical study on the topic of secondary traumatization in social work professionals dealing with traumatized children and adolescents

Masterarbeit

Zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Arts in Social Sciences (MA)

der Fachhochschule FH Campus Wien

Masterstudiengang Kinder- und Familienzentrierte Soziale Arbeit

Vorgelegt von:

Esther Potesil, BA

Personenkennzeichen:

2210811021

Erstbetreuerin / Erstbegutachterin:

Dipl.-Rehpsych.ⁱⁿ (FH) Dr.ⁱⁿ Tina Eckstein-Madry

Zweitbetreuerin / Zweitbegutachterin:

Mag.^a Barbara Neudecker, MA

Eingereicht am:

07. 09. 2024

Erklärung:

Ich erkläre, dass die vorliegende Abschlussarbeit von mir selbst verfasst wurde und ich keine anderen als die angeführten Behelfe verwendet bzw. mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe (wie z.B. ChatGPT oder ähnlichen auf künstlicher Intelligenz basierenden Programmen) bedient habe. Ich versichere, dass diese Arbeit keine personenbezogenen Daten enthält und dass ich sämtliche urheber-, lizenz- sowie bildrechtliche Fragen im Zusammenhang mit der elektronischen Veröffentlichung dieser Arbeit geklärt habe, widrigenfalls werde ich die FH Campus Wien von Ersatzansprüchen Dritter schad- und klaglos halten. Ich versichere, dass ich diese Abschlussarbeit bisher weder im In- noch im Ausland (einer Beurteilerin/einem Beurteiler zur Begutachtung) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe und dass die von mir eingereichten Exemplare (ausgedruckt und elektronisch) identisch sind.

Datum: 07. September 2024

Unterschrift:

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized, cursive letters that appear to be 'S. B. G.' followed by a flourish.

Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle bei meiner Familie und meinen Kindern bedanken, die mir stets Kraft geben und immer an mich glauben.

Ein besonderer Dank geht an meine Masterbetreuerin, Frau Dipl.-Rehpsych.ⁱⁿ (FH) Dr.ⁱⁿ Tina Eckstein-Madry. Für die kompetente Betreuung und fachliche Unterstützung während der gesamten Zeit danke ich ihr von Herzen.

Ebenso möchte ich meinen Freund*innen und Kolleg*innen fürs Motivieren, Ermutigen und Unterstützen danken.

Zuletzt noch ein Danke an alle Teilnehmer*innen dieser Studie.

Kurzfassung

Kinder und Jugendliche mit traumatischen Erlebnissen zeigen oft spezifische Verhaltensweisen und Symptome. Sozialpädagogische Fachkräfte sind durch die Exposition mit diesen Traumata sowie deren Folgen erheblichen psychischen Belastungen ausgesetzt. Dies kann mitunter zu Sekundärer Traumatisierung führen, bei der Fachkräfte durch die intensive Auseinandersetzung mit den Traumata der Minderjährigen selbst indirekt traumatisiert werden können.

Die vorliegende Masterarbeit beschäftigt sich mit der Frage, inwieweit Sekundäre Traumatisierung bei sozialpädagogischen Fachkräften, welche mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen arbeiten, auftritt und welche Vorhersagekraft Faktoren wie individuelle Resilienz und Empathie auf die Entstehung dieser Traumatisierung haben. Dazu wurde eine quantitative Studie mittels eines Online-Fragebogens durchgeführt an der N=185 Fachkräfte teilnahmen, welche in Krisenzentren und Wohngruppen in Österreich tätig sind. Der Fragebogen umfasste drei validierte Instrumente zur Messung von Empathie, Resilienz und Sekundärer Traumatisierung sowie soziodemografische Fragen.

Die durchgeführten Analysen zeigen, dass Resilienz einen starken prädiktiven Wert für den Schutz vor Sekundärer Traumatisierung hat, während kognitive Empathie keinen vorher-sagbaren Einfluss ausübt. Im Gegensatz dazu erwiesen sich emotionale Empathie und eigene traumatische Erfahrungen der Fachkräfte als signifikante Risikofaktoren mit hoher Vorhersagekraft für das Auftreten Sekundärer Traumatisierung bei sozialpädagogischen Fachkräften.

Zusammenfassend zeigt die Studie die Bedeutung von Resilienz als Schutzfaktor und die Notwendigkeit, Fachkräfte in der emotionalen Regulation und im Umgang mit eigenen Traumata zu stärken. Dies führt zur Schlussfolgerung, dass ein Implementieren gezielter Schulungs- und Präventionsmaßnahmen zur Resilienzstärkung und zum bewussten Umgang mit Empathie sowohl in die Praxis als auch bereits in die Ausbildung von sozialpädagogischen Fachkräften als sinnvoll zu erachten ist.

Abstract

Children and adolescents with traumatic experiences often show specific behaviors and symptoms. Social education professionals are exposed to considerable psychological stress as a result of exposure to these traumas and their consequences. This can sometimes lead to secondary traumatization, in which professionals themselves can be indirectly traumatized by the intensive confrontation with the minors' traumas.

This master's thesis deals with the question of the extent to which secondary traumatization occurs in socio-educational professionals who work with traumatized children and adolescents and what predictive power factors such as individual resilience and empathy have on the development of this traumatization. For this purpose, a quantitative study was conducted using an online questionnaire in which N=185 professionals working in crisis centers and residential groups in Austria took part. The questionnaire included three validated instruments to measure empathy, resilience and secondary traumatization as well as socio-demographic questions.

The analyses carried out show that resilience has a strong predictive value for protection against secondary traumatization, while cognitive empathy has no predictive influence. In contrast, emotional empathy and the professionals' own traumatic experiences proved to be significant risk factors with high predictive power for the occurrence of secondary traumatization in socio-educational professionals.

In summary, the study shows the importance of resilience as a protective factor and the need to strengthen professionals in emotional regulation and in dealing with their own traumas. This leads to the conclusion that it makes sense to implement targeted training and prevention measures to strengthen resilience and consciously deal with empathy both in practice and in the training of socio-educational professionals.

Abkürzungsverzeichnis

CF - Compassion Fatigue, Mitgeföhlsmüdigkeit

CS - Compassion Satisfaction

CSDT - constructivist self-development theory

DSM-5 - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5

ICD-11 - International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
11

PTBS - Posttraumatische Belastungsstörung

PTSD - post-traumatic stress disorder

STBS - Sekundär traumatische Belastungsstörung

STSD - secondary traumatic stress disorder

VR - Vicarious Resilience

VT - Vicarious traumatization

Schlüsselbegriffe

Berufsrisiko

Einflussfaktoren

emotionale Empathie

kognitive Empathie

Prävalenz

Resilienz

Sekundäre Traumatisierung

Sozialpädagogik

Keywords

occupational risk

influencing factors

emotional empathy

cognitive empathy

prevalence

resilience

secondary traumatization

social pedagogy

Inhalt

Danksagung	iii
Kurzfassung	iv
Abstract	v
Abkürzungsverzeichnis	vi
Schlüsselbegriffe	vii
1. Einleitung.....	10
2. Sekundäre Traumatisierung	14
2.1. Primäre und Sekundäre Traumatisierung	16
2.2. Erklärungsmodelle Sekundärer Traumatisierung.....	19
2.2.1. Secondary Traumatic Stress und Compassion Fatigue nach Figley ...	20
2.2.2. Vicarious Traumatization nach Pearlman und Saakvitne	23
2.2.3. Traumatoid States nach Wilson und Thomas	26
2.2.4. Neuropsychologisches Modell nach Daniels	28
2.3. Symptome Sekundärer Traumatisierung	30
2.4. Forschungskritische Betrachtungen	34
3. Sekundäre Traumatisierung und sozialpädagogische Fachkräfte	36
3.1. Einflussfaktoren bei der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen	37
4. Risiko- und Schutzfaktoren	42
4.1. Empathie und Sekundäre Traumatisierung	46
4.2. Resilienz und Sekundäre Traumatisierung	50
5. Darstellung des Analyseplans	53
5.1. Subfrage 1	54
5.2. Subfrage 2	56
5.3. Subfrage 3	57
6. Forschungsmethode.....	57
6.1. Forschungsdesign und Beschreibung des Erhebungsinstrumentes	58
6.2. Forschungsethische Überlegungen	60
6.3. Stichprobenbeschreibung.....	61
7. Darstellung der Ergebnisse.....	63
7.1. Ergebnisse der deskriptiven Analyse.....	63
7.2. Ergebnisse der Inferenzstatistik	67
8. Diskussion der Ergebnisse	70

8.1. Diskussion der deskriptiven Ergebnisse	71
8.2. Diskussion der Subfragen und Hypothesen.....	74
9. Konsequenzen und Fazit	92
Literaturverzeichnis	99
Abbildungsverzeichnis	108
Tabellenverzeichnis	109
Anhang A: Fragebogen und Flyer.....	110
Anhang B: Stichprobenbeschreibung	118
Anhang C: Berechnungen der deskriptiven Auswertung	121
Anhang D: Faktorenanalyse, Berechnungen der Hypothesen.....	125
Anhang F: Hilfsmittel	142

1. Einleitung

Im Berufsfeld der Sozialen Arbeit nehmen die beruflichen Herausforderungen und Anforderungen stetig zu. Themen wie Stress, erhöhte Belastung, Erschöpfung und psychische Erkrankungen bei Fachkräften dieses Bereichs werden immer präsenter und eine zunehmende Anzahl von ihnen fühlt sich durch den hohen Leistungs- und Verantwortungsdruck überfordert (vgl. Allroggen et al. 2017: 49). Um diesen Herausforderungen entgegenzuwirken müssen Fachkräfte im Bereich der Sozialen Arbeit einerseits ein hohes Maß an Interesse an den Menschen, deren Lebensgeschichten sowie eine ausgeprägte Empathiefähigkeit besitzen. Andererseits ist gleichzeitig die Fähigkeit, sich von den Schicksalen dieser Menschen zu distanzieren, eine ebenso wichtige Voraussetzung für die Arbeit als Fachkraft in diesem Bereich, um gesund zu bleiben (vgl. Poulsen 2012: 11).

In den verschiedenen Handlungsfeldern der Kinder- und Jugendhilfe sind Fachkräfte in besonderem Maße gefordert, ihre eigenen Grenzen zu kennen und ein Gefühl für die Balance zwischen Nähe und Distanz zu entwickeln, um durch ihr hohes Engagement für Kinder und Jugendliche und ihr Wissen um deren belastendes Lebensschicksal, ein „Ausbrennen“ und chronische Erkrankungen zu vermeiden (vgl. Poulsen 2012: 28). Gerade in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, wie Krisenzentren und Wohngruppen, sowie in kinder- und jugendpsychiatrischen Stationen, sind sozialpädagogische Fachkräfte mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen konfrontiert. Tagtäglich setzen sie sich mit Grenzüberschreitungen seitens der Kinder und Jugendlichen, hoher Prävalenz an psychischen Störungen und Entwicklungsauffälligkeiten dieser, sowie wiederholter Konfrontation mit traumatischen Erfahrungen aus der Vergangenheit der Minderjährigen auseinander. In den pädagogischen Beziehungsprozessen, welche in diesem Berufsfeld vorherrschen, spielen neben der Nähe-Distanz-Balance auch Übertragungs- und Gegenübertragungsdynamiken sowie bewusste und unbewusste Gefühle der sozialpädagogischen Fachkräfte, welche durch den Kontakt mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen entstehen, eine wesentliche Rolle (vgl. Richard 2020: 56-57). Diese Prozesse können bei den Fachkräften zu berufsbedingten Belastungen wie etwa Überforderung der eigenen Ressourcen und einem erhöhten Risiko für psychische Belastungen führen, da die traumatischen Inhalte der Kinder und Jugendlichen belastend auf die Fachkräfte einwirken (vgl. Weiß 2021: 270, Sänger/Udolf 2012: 144). Regina Sänger und Margarete Udolf (2012) nennen als Hauptberufsrisiken der Sozialen Arbeit, quasi als Phänomene des Feldes „Belastungserleben“, sowohl Burnout als auch Sekundäre Traumatisierung (vgl. Sänger/Udolf 2012: 142). Im Bereich der Forschung zeigt sich hierbei, dass Burnout als Krankheitsbild bereits etabliert scheint und zahlreich erforscht wurde (vgl. Lemke 2021: 114). Hingegen befindet sich die Beforschung der Sekundären Traumatisierung „noch nah am Leid“ (Lemke 2021: 116), wie Jürgen Lemke (2021) dies ausdrückt, und ist im Feld der Kinder- und Jugendhilfe auch erst vage etabliert. Nachfolgend liegt der Fokus daher auf dem Risiko der Sekundären Traumatisierung.

Wie Lemke (2021) erklärt, wird Sekundäre Traumatisierung in der Literatur und Forschung mit unterschiedlichen Begriffen belegt. Einige dieser, von ihm zusammengetragenen, mehr als zwanzig Begriffe sind synonym zu Sekundärer Traumatisierung anwendbar, andere beziehen sich wiederum auf „verschiedene Aspekte, Phasen oder Tiefen dieser

Belastung“. (Lemke 2021: 17) Es gibt somit verschiedene Begriffe und Ansätze, um ein und dasselbe Phänomen zu beschreiben, was zu einer gewissen Uneinheitlichkeit in der Verwendung geführt hat. Eine umfassende Integration der bisherigen Ansätze in Forschung und Literatur hat ebenso noch nicht stattgefunden (vgl. ebd.). Im Folgenden wird Sekundäre Traumatisierung weitgehend nach der Definition Judith Daniels (2008) verwendet, da die Kriterien dieses Konzepts mehrfach wissenschaftlich evaluiert wurden, sowie die Nähe der von ihr beschriebenen Symptome Sekundärer Traumatisierung zu jenen der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) am größten von allen bis dato erfolgten Modellen zu Sekundärer Traumatisierung sind. Wenngleich auch die Symptome einander sehr ähneln, sind die Ursachen verschieden, so entsteht PTBS als Folge primärer traumatischer Erlebnisse, Sekundäre Traumatisierung jedoch als Folge des Miterlebens mit einer primär traumatisierten Person.

Daniels (2008) definiert Sekundäre Traumatisierung als „Traumatisierung, die ohne direkte sensorische Eindrücke des Ausgangstraumas sowie mit zeitlicher Distanz zum Ausgangstrauma entsteht“. (Daniels 2003, zit.n. Daniels 2008: 100) Weiters spricht sie von „einer Ansteckung mit typischen posttraumatischen Symptomen“ (Daniels 2008: 100), welche durch die Arbeit mit traumatisierten Menschen zustande kommt. Das Konzept der Sekundären Traumatisierung beschäftigt sich also mit den Folgen der beruflichen Konfrontation mit psychischen und physischen Traumata von Menschen. Wilma Weiß (2021) betont, dass Fachkräfte, welche mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen arbeiten, ebenso starke psychische Auswirkungen erfahren können wie die Minderjährigen selbst. Fachkräfte können etwa mit Rückzug und sogar Arbeitsunfähigkeit reagieren. Auch das Privatleben der Fachkräfte kann signifikant beeinflusst werden, da sich deren Werte und Normen durch die Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen verändern können (vgl. Weiß 2021: 269-270).

Fachkräfte können also ähnliche Symptome wie ihre betreuten Kinder und Jugendlichen entwickeln, wie eben belastende Gefühle und Erinnerungsbilder, obwohl sie selbst nicht direkt mit dem traumatischen Ereignis konfrontiert waren und dieses nur im Kontext durch ihre Arbeit mit den traumatisierten Kindern und Jugendlichen erfahren. Symptome Sekundärer Traumatisierung zeigen sich unter anderem in Form von Depression, sozialer Isolation, Schwierigkeiten bei der Fortführung alltäglicher Aufgaben, Misstrauen, einem Gefühl, verfolgt zu werden, emotionaler Taubheit, vermindertem Einfühlungsvermögen, Verleugnung eigener Sorgen, Belastungen und Ängsten, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Personen, Träumen und Erinnerungen an das „erlebte“ Geschehen (Flashbacks) sowie Schlaflosigkeit (vgl. Richard 2020: 63, Figley 2002: 49). Symptome Sekundärer Traumatisierung werden als sekundäre traumatische Belastungsstörung (STBS) bezeichnet und beeinträchtigen das Leben und die Arbeit der betroffenen Fachkraft stark.

Die Arbeit mit traumatisierten Minderjährigen kann bei sozialpädagogischen Fachkräften also zu "emotionaler Infektion", "Ansteckung" oder "Mittraumatisierung" führen (vgl. Lemke 2021: 3). STBS entsteht somit durch übermäßiges Mitfühlen mit den Opfern. Empathie der Fachkräfte ist hierbei einerseits ein wichtiger Faktor bei der „Übertragung traumatischen Materials“ (Figley 2002: 54), jedoch andererseits in der sozialpädagogischen Arbeit unabdingbar, um die Situation der Kinder und Jugendlichen zu verstehen, um sich in sie hinein fühlen zu können und um adäquat auf ihre Bedürfnisse reagieren zu können. Somit ist zu hohe emotionale Empathie auch gleichzeitig ein Risikofaktor für eine Sekundäre

Traumatisierung der Fachkräfte (vgl. Figley 2002: 54). Weiters führt Daniels (2008) aus, dass Sekundäre Traumatisierung als „Resultat ausgeprägter Empathiefähigkeit“ zu sehen ist, jedoch keineswegs als Zeichen mangelhafter Professionalität (vgl. Daniels 2008: 104). Im Gegenteil sei sie eher ein Hinweis für die Fähigkeit, mitfühlend und empathisch zu sein, was für viele Berufe, insbesondere im sozialen helfenden Bereich, von großer Bedeutung ist. Daher ist es entscheidend, dass dieses Berufsrisiko, wie auch Sängler und Udolf es nennen, nicht tabuisiert, sondern durch weitere Forschung aufgeklärt wird (vgl. Daniels 2008: 107). Hierbei ist wichtig zu betonen, dass Sekundäre Traumatisierung nicht bei allen Fachkräften auftritt und es individuelle Unterschiede gibt, welche das Risiko beeinflussen können. Individuelle Unterschiede wie persönliche Resilienz, Bewältigungsstrategien, soziale Unterstützung oder andere persönliche Charakteristika können das Risiko für das Entstehen einer Sekundären Traumatisierung beeinflussen. So kann hohe persönliche Resilienz einer Entwicklung von Sekundärer Traumatisierung entgegenwirken, geringe persönliche Stresstoleranz diese jedoch begünstigen (vgl. Wilson/Thomas 2014: 206). Resilienz bezieht sich hierbei auf die Fähigkeit einer Person, effektiv auf Stresssituationen zu reagieren, sich an diese anzupassen und sich davon zu erholen. Es ist wichtig zu betonen, dass Resilienz nicht statisch ist und sich immer weiterentwickeln kann. Durch die Entwicklung solcher Fähigkeiten können Fachkräfte besser darauf vorbereitet werden, mit traumatischen Inhalten und Stress umzugehen, ohne selbst sekundär traumatisiert zu werden. Richard E. Adams, Joseph A. Boscarina und Charles R. Figley (2008) führen aus, dass letztendlich das Fehlen von Merkmalen von Resilienz ein Faktor bei der Bestimmung des Niveaus der potenziellen Anfälligkeit für die Entwicklung Sekundärer Traumatisierung sein könnte (vgl. Adams et al. 2008: 3-4).

Im Gegensatz zum Krankheitsbild des Burnouts blieb jenes der Sekundären Traumatisierung im Kontext der sozialpädagogischen bzw. -therapeutischen Arbeit lange Zeit unbekannt und unbeachtet. Durch die Entstehung der neuen Fachrichtung Traumapädagogik Mitte der 1990er Jahre rückten auch die Auswirkungen der sozialpädagogischen und -therapeutischen Arbeit auf die betroffenen Fachkräfte, sowie deren traumapädagogische Haltung und Grundkompetenzen in den Fokus der Forschung (vgl. Rießinger 2015: 1). Untersucht wurden individuelle und berufliche Faktoren, die das Risiko einer Sekundären Traumatisierung erhöhen oder mindern können, wie eben hohe Empathiefähigkeit oder der Grad an persönlicher Resilienz der Fachkräfte. Verstärkt beforscht wurde in den letzten Jahren auch die Bedeutung von Schutzfaktoren wie Selbstfürsorge, Supervision und soziale Unterstützung. Die meisten Ansätze, Veröffentlichungen und Studien stammen jedoch aus dem englischsprachigen Raum mit Blick auf Therapeut*innen und Psycholog*innen, wie jene von Baird/Jenkins 2003, Deighton/Guris/Traue 2007 oder Sprang/Clark/Whitt-Woosley 2007 (vgl. Jurisch et.al. 2009: 253-257). Wichtig ist hierbei weiters anzumerken, dass die bisherige Forschung dabei wenig konkrete bzw. inkonsistente Aussagen in Bezug auf Auftreten, Schweregrad sowie Prävalenz, also Auftretenshäufigkeit von Sekundärer Traumatisierung (vgl. Elwood et al. 2011: 35), sowie über die Zusammenhänge zwischen Exposition, Empathie und Resilienz mit Sekundärer Traumatisierung aufzeigt. Hier erweist sich ebenso die Frage, ob die persönliche Empathie sowie die eigene Resilienz einer Fachkraft als Risiko bzw. Ressource bei der Entstehung einer Sekundären Traumatisierung Vorhersagekraft besitzen, als höchst interessant. Ebenso wurde wenig Fokus speziell auf Fachkräfte der Sozialen Arbeit insbesondere Sozialpädagog*innen gelegt (vgl. Adams et

al. 2008: 238), welche aber mehrfach mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen arbeiten und damit direkt und indirekt deren Traumatisierungen ausgesetzt sind. Durch die überwiegende Konzentration der bestehenden Forschung auf Therapeut*innen und Psycholog*innen lassen sich bisherige Ergebnisse auch nur bedingt auf die Berufsgruppe sozialpädagogischer Fachkräfte übertragen.

Aufgrund der theoretischen Überlegungen lautet die zentrale Forschungsfrage dieser Arbeit daher:

„Inwieweit lässt sich Sekundäre Traumatisierung bei sozialpädagogischen Fachkräften in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen durch Faktoren wie Resilienz und Empathie vorhersagen?“

Mit Fokus auf die Forschungslücke in Hinblick auf Auftreten, Schweregrad und Prävalenz Sekundärer Traumatisierung sowie dem Zusammenhang zwischen Exposition, Empathie und Resilienz mit Sekundärer Traumatisierung ergeben sich folgende Unterfragen, um ein tieferes Verständnis zu generieren:

1. In welchem Ausmaß weisen sozialpädagogische Fachkräfte Symptome Sekundärer Traumatisierung auf und wie hängen diese mit persönlichen Charakteristika zusammen?
2. Wie hängen die individuelle Resilienz und Empathiefähigkeit sozialpädagogischer Fachkräfte mit den Symptomausprägungen der Sekundären Traumatisierung zusammen?
3. Inwieweit lässt sich der Grad Sekundärer Traumatisierung durch die Faktoren Resilienz und Empathiefähigkeit vorhersagen?

Um die Forschungsfragen zu beantworten und einen Einblick in die Thematik zu geben, wird daher im zweiten Kapitel des theoretischen Teils dieser Arbeit eine ausführliche Auseinandersetzung mit dem Thema Sekundäre Traumatisierung durchgeführt. Im Rahmen dieses zweiten Kapitels wird der Unterschied zwischen Primärer und Sekundärer Traumatisierung beschrieben sowie hernach Erklärungsmodelle verschiedener Forscher*innen vorgestellt, die die unterschiedlichen Herangehensweisen und Bezeichnungen dieses Phänomens beleuchten sollen. Weiters wird erörtert, welche Symptome Sekundäre Traumatisierung aufweisen kann. Abschließend werden forschungskritische Betrachtungen zum Konstrukt Sekundäre Traumatisierung aufgezeigt. In Kapitel drei werden Einflussfaktoren bei der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen, wie Bindungsdynamiken, Übertragungsphänomene sowie Nähe und Distanz, in Verbindung mit Sekundärer Traumatisierung beschrieben. Dieser Abschnitt soll vor allem Prozesse - sowohl unbewusste als auch bewusste - der sozialpädagogischen Fachkräfte, welche in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen einwirken, aufzeigen. Im anschließenden vierten Kapitel werden Risiko- und Schutzfaktoren, welche ebenfalls Einfluss auf eine Symptombildung Sekundärer Traumatisierung nehmen, in den Fokus genommen, hierbei wird speziell auf Empathie und Resilienz eingegangen. Die Erkenntnisse aus diesem sowie den vorangegangenen Kapiteln dienen als Ausgangspunkt für den empirischen Teil, in welchem zuerst Methoden, Hypothesen sowie die Beschreibung des Erhebungsinstrumentes und der Stichprobe fallen. Danach werden die Ergebnisse dargestellt und anschließend diskutiert. Die Arbeit schließt mit Konsequenzen für die Soziale Arbeit und dem Fazit ab.

Ziel der Masterarbeit ist es, die aktuelle Lage in Hinblick auf Auftreten und Prävalenz Sekundärer Traumatisierung in Österreich bei sozialpädagogischen Fachkräften zu evaluieren. Sowie weiters den Zusammenhang und die Vorhersage zwischen Empathiefähigkeit, Resilienz und der Entwicklung Sekundärer Traumatisierung aufzuzeigen, also inwieweit die Fähigkeit zur emotionalen Regulation einer Fachkraft Einfluss auf das Zusammenspiel zwischen Empathie und Symptomen Sekundärer Traumatisierung hat. Durch die Erkenntnisse der Forschung können gezielte Schulungs- und Präventionsmaßnahmen, zur Stärkung der Resilienz sowie der richtigen Balance zwischen Nähe und Distanz, für Fachkräfte in sozialpädagogischen Bereichen entwickelt werden. Dies kann eine wichtige Grundlage sein, sozialpädagogische Fachkräfte zu unterstützen, Anzeichen von psychischer Belastung bzw. Symptomen, welche in Richtung STBS gehen, frühzeitig zu erkennen und angemessen damit umzugehen.

2. Sekundäre Traumatisierung

Die anfängliche Konzentration der psychotraumatologischen Forschung lag hauptsächlich auf Menschen, die direkt von Traumata betroffen waren. Doch im Verlauf der letzten Jahrzehnte hat sich in verschiedenen helfenden Berufen, wie Rettungssanitäter*innen, klinisches Personal, Therapeut*innen, Polizei oder Psycholog*innen, ein Interesse an potenziell negativen Auswirkungen und Risiken der eigenen Berufsausübung entwickelt (vgl. Rießinger 2015: 1). Insbesondere das Phänomen des Burnouts wurde genauer untersucht, nicht nur im Kontext psychosozialer Berufe. Bei Therapeut*innen, die mit traumatisierten Personen arbeiten oder gearbeitet haben, wurden jedoch nicht nur Anzeichen von Burnout festgestellt, sondern Symptome, welche denen einer primär traumatisierten Person gleichen. Lisa I. McCann und Laurie Anne Pearlman prägten bereits 1990 den Begriff der "Vicarious Traumatization", der „Stellvertretenden Traumatisierung“, um Phänomene zu beschreiben, die über die Symptome eines Burnouts hinausgingen und spezifisch bei diesen Therapeut*innen auftraten (vgl. McCann /Pearlman 1990: 131-134).

Die Forschung zu Sekundärer Traumatisierung, ein vergleichsweise junges Gebiet innerhalb der Psychotraumatologie-Forschung (vgl. Lemke 2021: 28), hat sich seit den 1990er Jahren stark auf die praktische Anwendung konzentriert, um die Auswirkungen der Arbeit mit traumatisierten Menschen auf Helfende bzw. Fachkräfte genauer zu verstehen. Hierbei wurden durch phänomenologische Analysen und zahlreiche Fallstudien verschiedene Behandlungsansätze entwickelt (vgl. Lemke 2021: 115-116). Das Interesse an der Auseinandersetzung mit Sekundärer Traumatisierung nimmt sowohl in der psychologischen und psychotherapeutischen Forschung als auch im pädagogischen Kontext zu (vgl. Lemke 2021: 30). Es gibt jedoch noch zahlreiche offene Fragen, wie etwa die Verbindung zwischen den individuellen Charakteristiken der Fachkräfte und der Entwicklung von Sekundärer Traumatisierung, wie von Josephine G. Pryce, Kimberly K. Shackelford und David H. Pryce (2007) festgestellt wurde (vgl. Pryce et al. 2007: 135-137). Dies zeigt, dass trotz des Fortschritts noch viel Forschungsbedarf besteht, um die Einflüsse auf die Entwicklung einer Sekundären Traumatisierung umfassend zu verstehen.

Die Entstehung von Sekundärer Traumatisierung scheint das Ergebnis einer Kombination

verschiedener Faktoren, die auf individueller, beruflicher und zwischenmenschlicher Ebene wirken. Menschen, welche in helfenden Berufen arbeiten, sind regelmäßig mit traumatischen Geschichten und Erfahrungen von anderen Menschen konfrontiert. Die Exposition von detaillierten traumatischen Geschichten und die Visualisierung dieser Ereignisse können dazu führen, dass sich diese Geschichten in den Gedanken und in der Psyche der Fachkräfte festsetzen, was zu anhaltender Belastung führen kann (vgl. Weiß 2021: 269-270). Durch das emotionale Einfühlen in die belastenden Lebensgeschichten der zu Betreuenden setzen sich Fachkräfte dem Risiko aus, sekundär traumatisiert zu werden (vgl. Hudnall Stamm 2002: 25). Figley (2002) betont, dass Fachkräfte, welche sich um traumatisierte Menschen kümmern, ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Sekundärer Traumatisierung haben (vgl. Figley 2002: 42).

Kinder gelten als die verletzlichsten Mitglieder der Gesellschaft, insbesondere Kleinkinder sind stark auf die emotionale und physische Unterstützung von Erwachsenen, vor allem ihren Bezugspersonen, angewiesen. Daher können traumatische Erlebnisse der betreuten Kinder bei sozialpädagogischen Betreuungspersonen intensive Reaktionen auslösen. Vor allem die geschilderten Details von Kindern und Jugendlichen über diese Ereignisse, Handlungen sowie das Wiedererleben solcher Traumata tragen maßgeblich zur Entwicklung von Sekundärer Traumatisierung bei Fachkräften bei (vgl. Pearlman/Saakvitne 1995: 298). Zusätzlich zählen zu den Auslösern von Sekundärer Traumatisierung persönliche Verletzlichkeit und individuelle Lebensgeschichten der Fachkräfte. Gleichzeitig können Schutzfaktoren wie die persönliche Resilienz oder Widerstandsfähigkeit und die persönliche psychische Stärke der Fachkraft eine protektive Rolle spielen (vgl. Rießinger 2015: 4).

Die Interpretation der Sekundären Traumatisierung als Stressreaktion auf die Exposition traumatischen Materials variiert je nach Standpunkt verschiedener Autor*innen. Gemäß Daniels (2007) wird Sekundäre Traumatisierung als ein „Stress-Syndrom“ betrachtet (vgl. Daniel 2007: 49). Beth Hudnall Stamm (2002) hingegen argumentiert, dass Sekundäre Traumatisierung in ein umfassenderes Konzept von Stress integriert werden und nicht ausschließlich als isoliert diagnostizierbares Phänomen betrachtet werden sollte (vgl. Hudnall Stamm 2002: 29). Nancy Kassam-Adams (2002) ergänzt diese Perspektiven, indem sie darauf hinweist, dass Sekundäre Traumatisierung nicht mit gewöhnlichem beruflichem Stress gleichzusetzen ist (vgl. Kassam-Adams 2002: 66). Sie betont, dass die Reaktionen von Therapeut*innen auf traumatisierte Klient*innen nur wenig mit den allgemeinen beruflichen Stressfaktoren zusammenhängen. Vielmehr befördern andere Faktoren wie persönliche Traumaerfahrungen oder auch das Geschlecht der Fachkräfte, die Entwicklung von Sekundärer Traumatisierung (vgl. Kassam-Adams 2002: 72). Sekundäre Traumatisierung soll jedoch keinesfalls als Schwäche oder Unfähigkeit der betroffenen Personen dargestellt werden. Laut Figley (2002) handelt es sich vielmehr um eine natürliche Reaktion auf die kontinuierliche Exposition gegenüber Trauma und Leiden anderer Menschen (vgl. Figley 2002: 41).

Obwohl Symptome der Sekundären Traumatisierung mit denen der primären Traumatisierung ähnlich sind, ist eine Unterscheidung zwischen primärer und Sekundärer Traumatisierung von entscheidender Bedeutung, wenn man die tiefgreifenden Auswirkungen von Trauma und seinen Konsequenzen betrachten will. In der Psychotraumatologie-Forschung werden diese Begriffe differenziert betrachtet. Nachfolgend liegt daher der Fokus auf der Einordnung der beiden Traumatabezeichnungen im DSM-5 (Diagnostic and Statistical

Manual of Mental Disorders) sowie ICD-11 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems).

2.1. Primäre und Sekundäre Traumatisierung

Primäre Traumatisierung wird auch als direkte Traumatisierung oder unmittelbare Betroffenheit beschrieben (vgl. Lemke 2021: 14). Betroffene primärer Traumatisierung werden in der Fachsprache als Traumaopfer oder Traumaüberlebende bezeichnet (vgl. Figley 2002: 43, Lemke 2021: 48). Die Folgen dieser Traumatisierungen können gravierend sein. Andrea Schulten (2020) bezieht primäre Traumatisierung auf das unmittelbare Erleben eines traumatischen Ereignisses durch eine betroffene Person. Das kann eine Vielzahl von Situationen umfassen, von lebensbedrohlichen Begebenheiten bis hin zu physischer Gewalt oder Naturkatastrophen. Die Auswirkungen einer primären Traumatisierung sind vielfältig und reichen von akuten Belastungsreaktionen bis hin zu langfristigen psychischen Problemen wie der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) (vgl. Schulten 2020: 172). Im Gegensatz dazu bezieht sich laut Schulten die Sekundäre Traumatisierung auf die emotionalen und psychischen Auswirkungen, die Menschen erleben können, die regelmäßig mit den Geschichten und Erfahrungen traumatisierter Personen in Berührung kommen oder ihnen nahestehen. Selbst, wenn sie das ursprüngliche traumatische Ereignis nicht unmittelbar erlebt haben, können sie durch die intensive Auseinandersetzung mit den Erfahrungen anderer Personen selbst Traumasymptome entwickeln (vgl. ebd.: 173). Dies bezieht sich auf Menschen, die mit den primär Traumatisierten in Kontakt sind und wird auch als mittelbare Betroffenheit bezeichnet bzw. die Personen als Mitbetroffene (vgl. Lemke 2021: 48). Betroffene Sekundärer Traumatisierung, wenn diese überhaupt diagnostiziert wurde, finden in der Fachsprache keine eigene Bezeichnung. Hervorzuheben ist, dass die Sekundäre Traumatisierung nicht nur zu emotionalen Belastungen führen kann, sondern auch zu einer Erkrankung, nämlich der sekundären traumatischen Belastungsstörung (STBS). Ob es sich bei Sekundärer Traumatisierung allerdings um eine Störung handelt oder nur einzelne Symptome dieser gesammelt als PTBS bezeichnet werden, scheint laut Hudnall Stamm (2002) nicht klar, da die Sekundäre Traumatisierung in der Forschung noch nicht ausreichend dokumentiert wurde (vgl. Hudnall Stamm 2002: 20). Allgemeine Forschungsergebnisse sind nicht schlüssig, deuten aber auf eine Unterscheidung zwischen PTBS und Sekundärer Traumatisierung als Gesamtphänomen hin. „Keine Sekundäre Traumatisierung erfolgt so plötzlich, wie es oft bei den primären Traumata der Fall ist – jedenfalls nicht in der Psychotherapie.“ (Lemke 2021: 57-58)

Das DSM-5 erfasst unter der Diagnose der "Posttraumatischen Belastungsstörung F43.10" Kriterien, die die zwangsläufige Auseinandersetzung mit den Traumata der Patienten als einen Auslöser für PTBS angeben und hebt hervor, dass nicht nur direkte Konfrontation, sondern auch indirekte Exposition zu PTBS führen kann (vgl. Falkai et al. 2020: 170). Dies impliziert, dass auch eine indirekte Konfrontation mit Traumata – etwa durch die intensive Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen – PTBS auslösen kann, obwohl diese nicht explizit als eigenständige Diagnose STBS erfasst ist. Es besteht allerdings eine deutliche Divergenz zwischen der Diagnostik von PTBS nach dem DSM-5 und des ICD-11. Das

DSM-5 spezifiziert mögliche PTBS-auslösende Stressoren, während die ICD-11 die Möglichkeit der Sekundären Traumatisierung, also durch Exposition mit traumatischem Material entstandene Symptome, nicht einschließt. Der Stressauslöser wird lediglich als „extrem bedrohliches oder erschreckendes Ereignis bzw. Ereignisse“ (Schellong et al. 2019: 734) erläutert. Nach dem ICD-11 ist somit keine Relevanz gegeben, wer das Trauma erlebt. Das DSM-5 unterscheidet hingegen zwischen dem direkten Erleben, dem Miterleben bei anderen, dem Erfahren traumatischer Ereignisse bei Angehörigen bzw. engen Bekannten und der Auseinandersetzung mit Details über das traumatische Ereignis einer anderen Person. Die letztgenannte Charakterisierung schließt die Konfrontation der sozialpädagogischen Fachkräfte mit traumatischen Ereignissen der von ihnen betreuten Kinder und Jugendlichen ein. Die Symptomcluster der beiden Klassifikationssysteme "Wiedererleben", "Vermeidung" und "Übererregung" zeigen Konvergenzen. PTBS äußert sich in beiden Systemen durch Alpträume und Vermeidung traumabezogener Erinnerungen. Das DSM-5 führt zusätzlich das Symptomcluster "Negative Kognitionen und Affekte" auf. Ein weiterer Unterschied liegt im Zeitkriterium für die Diagnose. Nach dem DSM-5 beträgt diese mindestens vier Wochen, während die ICD-11 nur einige Wochen angibt, ohne weitere Spezifizierung. Beide Klassifikationssysteme verlangen ein eingeschränktes Funktionsniveau als Teil der Diagnosekriterien in Bezug auf soziale, berufliche und andere Bereiche (vgl. Schellong et al. 2019: 734). Während das DSM-5 die Möglichkeit einer Sekundären Traumatisierung in der PTBS berücksichtigt, erwähnt die ICD-11 diese Möglichkeit nicht explizit (vgl. ebd.). Zusammengefasst zeigt sich, dass aufgrund des unzureichenden Forschungsstandes die Sekundäre Traumatisierung noch keine eigene Diagnoseklassifikation erhalten hat. Lediglich das DSM-5 integriert die Sekundäre Traumatisierung in die PTBS. Die ICD-11 ermöglicht keine Diagnose der Sekundären Traumatisierung.

Bereits bevor das DSM-5 Sekundäre Traumatisierung in die PTBS integriert hat, verglich Figley die Symptome von PTBS und STBS und stellte fest, dass es wenig Unterschiede in der Symptomatik gibt, jedoch der Hauptunterschied im Auslöser liegt. Für ihn ist STBS „ein Syndrom, dessen Symptome mit denjenigen von PTBS fast identisch sind, (...).“ (Figley 2002: 47) Die Gegenüberstellung von Figley zeigt klar die fast ident formulierten Symptome.

Tab. 1: Vergleich der Symptome von PTBS und STBS (Figley 2002: 49)

PRIMÄR	SEKUNDÄR
<p>A. Stressor</p> <p>1. Miterleben oder Beobachten von einem oder mehreren Ereignissen, bei dem/denen tatsächlich Menschen gestorben oder schwer verletzt worden sind oder zumindest diese Gefahr bestand bzw. bei dem/denen die eigene körperliche Unversehrtheit oder die anderer gefährdet war (bzw. die Konfrontation mit solchen Ereignissen).</p> <p>2. Die Reaktion des Betroffenen beinhaltet</p>	<p>A. Stressor</p> <p>1. Miterleben oder Beobachten von einem oder mehreren Ereignissen, bei dem/denen tatsächlich Menschen gestorben oder schwer verletzt worden sind oder zumindest diese Gefahr bestand bzw. bei dem/denen die eigene körperliche Unversehrtheit oder die anderer gefährdet war (bzw. die Konfrontation mit solchen Ereignissen).</p> <p>2. Die Reaktion des Betroffenen beinhaltet</p>

<p>„starke Angst, Hilflosigkeit oder Schrecken“ sowie ein Ereignis wie</p> <p>a. schwere Bedrohung der eigenen Person</p> <p>b. die plötzliche Zerstörung der gewohnten Umgebung.</p>	<p>„starke Angst, Hilflosigkeit oder Schrecken“ sowie ein Ereignis wie</p> <p>a. schwere Bedrohung der traumatisierten Person (TP)</p> <p>b. die plötzliche Zerstörung der gewohnten Umgebung der TP.</p>
<p>B. Wiedererleben eines traumatischen Ereignisses</p> <p>1. Wiedererinnerung an das Ereignis</p> <p>2. Träume von dem Ereignis</p> <p>3. Plötzliches Wiedererleben des Ereignisses</p> <p>4. Belastung wegen Erinnerungen an das Ereignis</p>	<p>B. Wiedererleben eines traumatischen Ereignisses</p> <p>1. Wiedererinnerung an Erlebnis der TP</p> <p>2. Träume über das Erlebnis der TP</p> <p>3. Plötzliche Wiedererinnerung an Erlebnis der TP</p> <p>4. Belastung durch Erinnerungen an Erlebnis der TP</p>
<p>C. Vermeiden/Betäuben/Unterdrücken von Erinnerungen</p> <p>1. Bemühungen, Gedanken/Gefühle zu vermeiden</p> <p>2. Bemühungen, Aktivitäten/Situationen zu vermeiden</p> <p>3. Physiologische Amnesie</p> <p>4. Verringertes Interesse an signifikanten Aktivitäten</p> <p>5. Gleichgültigkeit gegenüber anderen, Entfremdung</p> <p>6. Verringerung des Affekts</p> <p>7. Gefühl einer Verkürzung der Zukunft</p>	<p>C. Vermeiden/Betäuben/Unterdrücken von Erinnerungen</p> <p>1. Bemühungen, Gedanken/Gefühle zu vermeiden</p> <p>2. Bemühungen, Aktivitäten/Situationen zu vermeiden</p> <p>3. Physiologische Amnesie</p> <p>4. Verringertes Interesse an signifikanten Aktivitäten</p> <p>5. Gleichgültigkeit gegenüber anderen, Entfremdung</p> <p>6. Verringerung des Affekts</p> <p>7. Gefühl einer Verkürzung der Zukunft</p>
<p>D. Anhaltende starke Erregung</p> <p>1. Einschlaf- bzw. Durchschlafschwierigkeiten</p> <p>2. Reizbarkeit oder Neigung zu Wutausbrüchen</p> <p>3. Konzentrationsschwierigkeiten</p> <p>4. Hypervigilanz um der eigenen Sicherheit willen</p> <p>5. Übertrieben starke Schreckreaktion</p> <p>6. Physiologische Reaktivität bei bestimmten Auslösern</p>	<p>D. Anhaltende starke Erregung</p> <p>1. Einschlaf- bzw. Durchschlafschwierigkeiten</p> <p>2. Reizbarkeit oder Neigung zu Wutausbrüchen</p> <p>3. Konzentrationsschwierigkeiten</p> <p>4. Hypervigilanz aus Sorge um die Sicherheit der TP</p> <p>5. Übertrieben starke Schreckreaktion</p> <p>6. Physiologische Reaktivität bei bestimmten Auslösern</p>

Auch wenn Figley die Symptome der Sekundären Traumatisierung als fast ident mit denen der PTBS bezeichnet, verdeutlicht Tabelle 1 dennoch folgende Unterscheidungen: In Bezug auf traumaauslösende Stressoren zeigt sich, dass diese bei der PTBS eine direkte Bedrohung für die betroffene Person darstellen, bei der STBS ist dies nicht der Fall. Hier tritt die Bedrohung indirekt auf, indem die betroffene Person die traumatischen Ereignisse nicht selbst erlebt, sondern durch den intensiven Kontakt mit einer primär

traumatisierten Person davon betroffen ist. Der Stressauslöser betrifft somit nicht direkt die eigene Sicherheit, sondern zerstört die gewohnte Umgebung der primär betroffenen Person, das Miterleben des Leidens mit dieser erfolgt erst durch den Kontakt mit dem traumatisierten Menschen. Hinsichtlich des Wiedererlebens der traumatischen Ereignisse zeigen sich Symptome wie wiederkehrende Erinnerungen oder Träume bei der primär traumatisierten Person, die als belastend empfunden werden. Die betroffene Person bei STBS verknüpft all diese Symptome immer mit der primär traumatisierten Person. In Abschnitt C beim Vermeiden, der Betäubung sowie der Unterdrückung von Erinnerungen sind die Symptome dagegen ident. Bezüglich der anhaltenden starken Erregung zeigt sich, dass sich die Hypervigilanz (erhöhte Wachsamkeit) bei STBS nicht auf die Besorgnis um die eigene Sicherheit bezieht, sondern um die Sicherheit der primär traumatisierten Person (vgl. Figley 2002: 41-44).

Das Verständnis für die Unterschiede zwischen primärer und Sekundärer Traumatisierung bildet die Basis für die folgende Auseinandersetzung mit den verschiedenen theoretischen Ansätzen und Erklärungsmodellen, die dabei unterstützen sollen, die Komplexität der Auslöser und Ursachen einer Sekundären Traumatisierung zu dechiffrieren.

2.2. Erklärungsmodelle Sekundärer Traumatisierung

Die bekanntesten Modelle zur Sekundären Traumatisierung, auf die sich weitgehend die gesamte empirische Literatur stützt, stammen von Charles R. Figley sowie Laurie Anne Pearlman und Karen W. Saakvitne. Figley, einer der wichtigsten Forscher, welcher sich mit Sekundärer Traumatisierung befasst, prägte im Zuge seiner Forschung gleich mehrere Begriffe für Sekundäre Traumatisierung. Sprach er anfangs noch von „secondary traumatic stress“, änderte er 1995 schließlich diesen, synonym zur Sekundären Traumatisierung, auf „compassion fatigue“ (Mitgefühlsmüdigkeit), da dieser Begriff laut Figley am wenigsten stigmatisierend sei (vgl. Figley 2015: 1-5). Zeitgleich entwickelten Pearlman und Saakvitne das Konzept der „vicarious traumatization“ (Stellvertretende Traumatisierung). Während Figley davon ausging, dass Sekundäre Traumatisierung eine natürliche Folge der Arbeit mit traumatisierten Menschen sei, machten Pearlman und Saakvitne die Hauptursache für die Entstehung in der empathischen Verbundenheit zum/zur Klient*in aus (vgl. Pearlman 2002: 77). 2004 verbanden John P. Wilson und Rhiannon B. Thomas beide Modelle. Bei ihrem Konzept der „traumatoid states“ stehen als relevante Faktoren für die Entstehung Sekundärer Traumatisierung Empathie, die Exposition mit dem Traumamaterial der Klient*innen sowie die Reaktionen der Fachkräfte auf die Exposition im Vordergrund (vgl. Wilson/Thomas 2014: 150-151). Das jüngste Konzept stammt von Judith Daniels (2006), hierbei spielen zusätzlich neurobiologische Faktoren eine entscheidende Rolle bei der Entstehung Sekundärer Traumatisierung.

Nachfolgend wird nun genauer auf diese vier Modelle eingegangen.

2.2.1. Secondary Traumatic Stress und Compassion Fatigue nach Figley

Charles R. Figley wird als Vorreiter in der Forschung zu Sekundärer Traumatisierung betrachtet und widmet sich diesem Thema seit vielen Jahrzehnten. Er hat entscheidend dazu beigetragen, verschiedene Termini und Konzepte, die im Kontext dieses Phänomens stehen, zu prägen. Seine Auseinandersetzung mit diesem Thema begann in den frühen 1990er Jahren, als er zunächst noch von einer Form von Burnout sprach und den Begriff "secondary victimization" verwendete. Später definierte er die Begriffe "secondary traumatic stress" (STS, sekundärer traumatischer Stress) und "secondary traumatic stress disorder" (STSD, sekundäre traumatische Belastungsstörung) (vgl. Lemke 2021: 67). 1995 betont Figley in seiner Arbeit noch die rasch auftretenden Symptome, die zwar eine Verbindung zum Trauma der Klient*innen aufweisen würden, aber im Wesentlichen denen einer PTBS entsprächen. Nach Figley können detaillierte Berichte über das Trauma eine Sekundäre Traumatisierung auslösen, wobei bereits eine einmalige Konfrontation mit dem Traumainhalt ausreichend sei (vgl. Daniels 2006: 9). Am bekanntesten jedoch wurde Figleys späteres Konzept der Compassion Fatigue (CF) (vgl. Lemke 2021: 49). In der deutschsprachigen Fachliteratur etablierte sich zusätzlich zur englischen Aussprache auch der Begriff der Mitgefühlerschöpfung (vgl. Lemke 2021: 58). Mit diesem Konzept versucht Figley, sich von pathologischen Bezeichnungen wie STSD abzugrenzen. Er bevorzugt den Begriff der Compassion Fatigue, weil dieser weniger stigmatisierend auf Fachkräfte wirke und Erschöpfung eher als einen natürlichen Zustand erscheinen lasse (vgl. Lemke 2021: 60, Frank 2010: 16). Figley argumentiert, dass Mitgefühlerschöpfung oder -müdigkeit „eine natürliche, vorhersehbare, behandelbare und verhinderbare unerwünschte Folge der Arbeit mit leidenden Menschen“ sei. (Figley 2002: 41). Somit macht er deutlich, dass Fachkräfte in der Sozialarbeit keine Angst vor Stigmatisierung haben sollten, da CF als eine natürliche Konsequenz ihrer Arbeit mit traumatisierten Personen angesehen wird, die jeden treffen kann. Figley stellt die Theorie auf, dass, genauso wie eine traumatisierte Person ein Familienmitglied durch das Teilen traumatischer Erfahrungen traumatisieren könne, auch traumatisierte Klient*innen die Fachkräfte traumatisieren könnten (vgl. Pryce et al. 2007: 11). Figleys Modell unterscheidet dabei nicht zwischen Therapeut*innen, die durch verbale oder bildliche Eindrücke belastet werden, und Ersthelfer*innen, die oft direkten sensorischen Eindrücken gegenüberstehen (vgl. Daniels 2006: 9).

Figley postuliert verschiedene Faktoren, die zur Entwicklung von CF beitragen:

1. Direkte Konfrontation mit den Traumainhalten der primär Betroffenen
2. Ausgeprägte Empathiefähigkeit
3. Eigene unverarbeitete Traumata
4. Anfälligkeit für emotionale Ansteckung
5. Grad der Sicherheit und Stabilität im eigenen Leben

Nach Figley sind die beiden Hauptfaktoren, die zur Entstehung von CF führen, Empathie und Exposition zum Traumamaterial der Betroffenen (vgl. Figley 2002: 54). Friederike Reinhard und Andreas Maercker (2004) ergänzen, dass empathische Besorgnis entstehen kann, wenn Fachkräfte sich mit traumatisierten Klient*innen identifizieren, insbesondere

wenn diese ähnliche Lebensgeschichten wie jene der Fachkraft oder der einer nahestehenden Person der Fachkraft aufweisen (vgl. Reinhard/Maercker 2004: 29). Die persönliche Lebensgeschichte der Fachkräfte spielt also eine entscheidende Rolle und Figley bezeichnet zusätzlich das Vorhandensein eigener Traumata als weiteren Vulnerabilitätsfaktor für die Fachkraft (vgl. Frank 2010: 17, Daniels 2006: 9). Diese Hypothese zur Vulnerabilität reflektiert sich auch in Figleys "Compassion Satisfaction and Fatigue Test" (CSF), einem von ihm entwickelten Selbsttest zur Messung von CF (vgl. Figley 2002: 57-59). Zudem unterscheidet Figley zwischen Compassion Fatigue und Compassion Stress (CS). Hierbei erklärt er, dass Compassion Stress, der durch die Exposition gegenüber Traumatisierten entsteht, zuerst auftritt und in die CF, einen Zustand der organischen, seelischen und sozialen Erschöpfung und Funktionsstörung, übergeht. CF entsteht demnach erst, wenn Compassion Stress vorhanden ist. Figley betont, dass Fachkräfte, welche mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen arbeiten, besonders anfällig für die Auswirkungen von sekundärem traumatischem Stress sind, sie neigen dazu, diesen emotionalen Schmerz während ihrer gesamten Karriere immer wieder zu erleben (vgl. Abendroth/Figley 2013: 115).

Figley identifiziert in seinem Trauma Transmission Modell insgesamt zehn Faktoren (siehe Abbildung 1) für die Entstehung von CF.

In dieser Abbildung sind ebenso die beiden Hauptrisikofaktoren für die Entwicklung von CF dargestellt: die Exposition gegenüber den traumatischen Ereignissen der Klient*innen und die Empathie der Fachkräfte (vgl. Figley 2002: 54). Das entwickelte Modell zur Untersuchung von Variablen im Bereich des CS und der CF bietet eine umfassende Grundlage, um Mitgeföhlsmüdigkeit, also CF, vorauszusagen. Es eignet sich weiters zur Prävention und Behandlung dieses Phänomens, sobald dieses auftritt (vgl. Abendroth/Figley 2013: 114). Die verwendeten Variablen stehen mit der Verhinderung oder Erhöhung des Risikos der Entwicklung von CF in Verbindung.

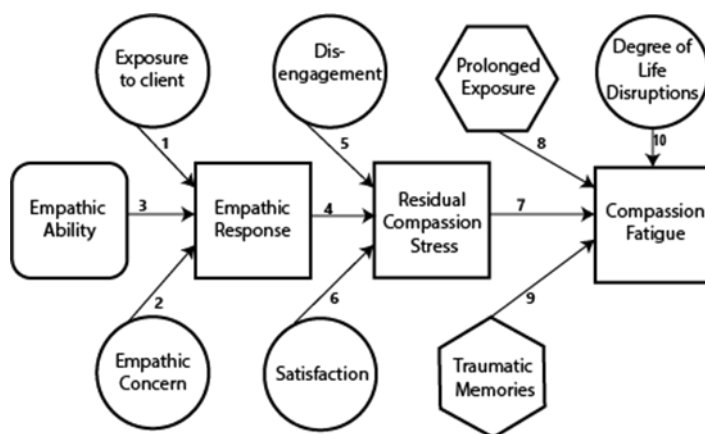


Abb. 1: Trauma Transmission Modell von Figley 2002 (Daniels 2006: 9)

Der Prozess beginnt damit, dass die Fachkraft direkt mit dem/r Klient*in in Kontakt kommt (1) und unmittelbar die emotionale Energie des Leidens und Schmerzes erfährt (2). In dieser Interaktion wird empathische Anteilnahme vermittelt, welches die treibende Motivation ist, professionell auf die Bedürfnisse der betroffenen Person einzugehen. Die empathische Fähigkeit (3), den Schmerz anderer wahrzunehmen, ist entscheidend, um diesem Anliegen

gerecht zu werden. Diese Fähigkeit birgt jedoch auch das Risiko der Mitgefühlsmüdigkeit (CF)(vgl. Abendroth/Figley 2013: 114). Die empathische Fähigkeit wird durch die empathische Reaktion (4) ergänzt, die auf der Fähigkeit der Fachkräfte basiert, die Gefühle und Gedanken der Klient*innen zu verstehen. Dabei neigen Fachkräfte dazu, sich in die Perspektive der Klient*innen zu versetzen, was zu starken Emotionen führen kann, die jenen ähneln, die von den Klient*innen erlebt werden (vgl. ebd.). Neben dieser empathischen Reaktion sind zwei weitere Faktoren von Bedeutung bei der Entstehung von Mitgefühlstress (CS) (7): dem Ausmaß, in dem die Fachkraft fähig ist, sich vom Leiden des Opfers zu distanzieren - Loslösung (5) - und ihr Maß an Zufriedenheit (6) mit ihrer eigenen Arbeit. Die Zufriedenheit der Fachkraft mit ihrer Fähigkeit, den Klient*innen zu helfen, ermöglicht ein Verständnis für die klare Abgrenzung zwischen den Verantwortlichkeiten. Rückzug oder Loslösung wird als gesunder Mechanismus eingeführt, durch den Fachkräfte Selbstfürsorge fördern können. Dieser Prozess beinhaltet das Loslassen der Gedanken und Gefühle, die mit der Interaktion verbunden sind, um sich auf das eigene Leben zu konzentrieren. Dauert die CS an - anhaltende Belastung (8) - und werden zudem traumatische Erinnerungen (9) der Fachkraft selbst geweckt, kann es zu einer CF kommen. Die Schwere dieser Erschöpfung wird zudem vom Grad an Lebensbelastungen (10) der Fachkräfte beeinflusst.

Das Modell der Trauma Transmission verdeutlicht, dass mehrere Faktoren ineinander wirken müssen, wenn es um den Prozess der Entwicklung einer CF bzw. Sekundären Traumatisierung geht (vgl. Abendroth/Figley 2013: 114). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass gemäß Figleys theoretischem Konzept zur CF für die Entstehung einer Sekundären Traumatisierung sowohl Empathie für primärtraumatisierte Personen als auch die Exposition von Sozialarbeiter*innen mit dem Traumamaterial ihrer Klient*innen zwei zentrale Elemente darstellen. Dabei werden auch die persönlichen Vortraumatisierungen der Fachkräfte als vulnerable Faktoren betrachtet. Die auftretenden Symptome ähneln jenen der PTBS, zeigen sich jedoch schnell und auch schon nach einer einzigen Konfrontation mit dem Primärtraumatisierten. Die Manifestation dieser Symptome bei den Fachkräften bildet den Schwerpunkt der CF.

Obwohl Figley zweifellos zu den bedeutendsten Forschern im Bereich der Sekundären Traumatisierung zählt, werden einige Aspekte seines Konzepts immer wieder kritisch betrachtet. Ein spezifisches Thema ist die Herausforderung, wie die Klarheit in der Diagnose und Behandlung sekundär traumatisierter Fachkräfte verbessert werden kann. Einige Forscher*innen argumentieren, dass die Unklarheiten in Figleys Konzept zu Verwirrung führen könnte, insbesondere bei der Identifizierung und Behandlung von CF und Burnout. Lemke (2021) bemängelt, dass Figley die Begriffe CF und Burnout nicht klar voneinander unterscheidet, sondern letztlich CF als eine Art Burnout darstellt (vgl. Lemke 2021: 68). Andere Forscher*innen vertreten die Ansicht, dass trotz der Kritikpunkte Figleys Ansatz immer noch einen wichtigen Rahmen für das Verständnis von Sekundärer Traumatisierung bietet, und dass die Anpassung und Weiterentwicklung dieses Konzepts notwendig sind, um die Realität der Belastung von Fachkräften angemessen zu erfassen. Lemke (2021) merkt an, dass Figley in seinem Vergleich der Symptome von STSD und PTBS, die nach seiner Definition nahezu identisch sind, nicht auf die Dauer, Intensität oder spezifischen Schwerpunkte der Symptome eingeht (vgl. Lemke 2021: 55). Ein weiterer Kritikpunkt betrifft die Vielfalt der Begriffe, die Figley im Kontext der Sekundären Traumatisierung entwickelt hat.

Obwohl "compassion fatigue" ursprünglich als Synonym mit "secondary traumatic stress" betrachtet wurde, wird es in der Literatur und Forschung mittlerweile als ein etwas umfassenderes Konzept angesehen. Lemke (2021) weist darauf hin, dass im alltäglichen Verständnis "compassion fatigue" nicht unbedingt dasselbe impliziert wie "secondary traumatic stress disorder" oder "secondary traumatic stress", was zu Missverständnissen führen könnte (vgl. Lemke 2021: 68). Daniels (2006) kritisiert wiederum, dass für einige Bestandteile von Figleys Modell noch keine ausreichende Evidenz vorliegt (vgl. Daniels 2006: 11).

2.2.2. Vicarious Traumatization nach Pearlman und Saakvitne

Vicarious Traumatization (VT), auch als Stellvertretende Traumatisierung bekannt, wurde durch die Psychologin Laurie Anne Pearlman und verschiedene Mitautor*innen entwickelt und weiterentwickelt (vgl. Frank 2010: 17-18). Ihre Ausführungen beziehen sich ausschließlich auf Therapeut*innen und beschäftigen sich eher mit den psychischen Auswirkungen der Sekundären Traumatisierung im Bereich der Psychotherapie.

Dieses Konzept geht über die Sekundäre Traumatisierung hinaus und konzentriert sich insbesondere auf die kognitiven, psychologischen Auswirkungen der indirekten Konfrontation mit Trauma auf das Selbst der Fachleute (vgl. Daniels 2006: 3, Lemke 2021: 68). Es basiert auf der konstruktivistischen Selbstentwicklungstheorie (CSDT), welche psychoanalytische Theorien mit sozialen Kognitionstheorien verknüpft und Therapeut*innen einen Rahmen bietet, den Einfluss traumatischer Ereignisse auf primär Traumaüberlebende zu verstehen. Innerhalb dieser CSDT verändern Menschen, als Reaktion auf die Exposition mit traumatischen Inhalten, ihre kognitiven Schemata bezüglich ihrer Identität, Weltanschauung und Spiritualität, was tiefe Erschütterungen innerhalb des Bezugssystems dieser Menschen verursachen kann (vgl. Pearlman/Saakvitne 1995: 123). Denn, wer Menschen hilft „über die Nachwirkungen ihrer psychischen Traumata hinwegzukommen, lässt sich auf eine tiefe Transformation ihrer eigenen Persönlichkeit ein“. (Pearlman 2002: 77) Somit fokussiert sich das Konzept der VT mehr auf die die Auswirkungen der Psyche als auf deren Ursachen. Pearlman und Saakvitne unterstreichen besonders die nachteilige Veränderung der inneren Erlebnisse von Therapeut*innen, welche dauerhafte und kumulative Auswirkungen auf deren berufliches sowie privates Leben hätten. Da diese Auswirkungen jenen der Symptomen der PTBS ähneln würden, wählten sie den Begriff der Stellvertretenden Traumatisierung (vgl. Pearlman/Saakvitne 1995: 151).

Pearlman und Saakvitne beschreiben detailliert die Veränderungen in den nachfolgenden einzelnen Bereichen des Bezugssystems einer Fachkraft, um die jeweilige Symptomatik der VT innerhalb dieser Bereiche besser zu verstehen.

Identität: Die VT führt zu einer Veränderung des Selbstbildes. Die Rollen, die ein/e Therapeut*in im Leben einnimmt, können in Frage gestellt werden, besonders wenn er/sie Klient*innen nicht helfen kann. Dies kann Zweifel an der Therapeut*innenrolle, aber auch an anderen Rollen wie der des Partners oder Elternteils, hervorrufen. Die Arbeit mit Traumapatient*innen kann zu einer Entfremdung von der bisherigen Identität führen, was Gefühle der Unwirklichkeit, Selbstzweifel und Distanz zu anderen hervorrufen kann (vgl. Pearlman/Saakvitne 1995: 283-284).

Weltanschauung: Auch grundlegende Überzeugungen über die Welt, Menschen und Werte können durch die Arbeit mit traumatisierten Personen stark erschüttert werden. Therapeut*innen können die Welt als gefährlich und Menschen als feindselig und unzuverlässig wahrnehmen. Ein positiver Blick auf die Welt, Hoffnung und Verbundenheit mit anderen können verloren gehen, was wiederum Gefühle der Entfremdung auslösen kann (vgl. Rosenbloom et al. 2002: 90).

Spiritualität: Gemäß Pearlman und Saakvitne umfasst der Bereich Spiritualität Überzeugungen über nichtmaterielle Erfahrungen, Sinn und Hoffnung sowie die Verbindung zu einer höheren Macht. Durch die Erfahrung von VT können diese spirituellen Überzeugungen unwiderruflich erschüttert werden (vgl. Pearlman/Saakvitne 1995: 287).

VT entsteht bei Pearlman und Saakvitne durch die wiederholte Konfrontation von Fachkräften mit dem Traumamaterial ihrer Klient*innen und verändert sich über einen längeren Zeitraum hinweg (vgl. Frank 2010: 18). Daniels (2006) fasst zusammen, dass VT als eine anhaltende, schrittweise Veränderung der inneren Erlebniswelt der Fachkraft beschrieben wird, die das Ergebnis der empathischen Aufgeschlossenheit für das Trauma ihrer Klient*innen ist (vgl. Daniels 2006: 3). Pearlman und Saakvitne identifizieren drei Faktoren, die zur Entstehung von VT beitragen. Zusätzlich zu den von Figley erwähnten Risikofaktoren, also der Exposition gegenüber Trauma-Details und der Empathie für die Klient*innen, wird von ihnen auch die Beobachtung oder Beteiligung an traumatischen Reinszenierungen als weiterer Risikofaktor betrachtet (vgl. Daniels 2006: 4). Dabei postulieren Pearlman und Saakvitne, ähnlich wie Figley, dass eine Vortraumatisierung der Therapeut*innen ein wesentlicher Vulnerabilitätsfaktor ist. VT entsteht jedoch erst, wenn die Therapeut*innen sich wiederholt mit den traumatischen Erfahrungen ihrer Klient*innen auseinandersetzen, dies unterscheidet die VT von der CF (vgl. Pearlman/Saakvitne 1995: 33). Des Weiteren differenzieren Pearlman und Saakvitne zwischen kognitiver Empathie, die alle Erfahrungen umfasst, die Fachkräfte durch die Erzählungen ihrer traumatisierten Klient*innen machen, und emotionaler Empathie, die sich auf die Gefühle wie Schmerz, Angst oder Wut der Traumatisierten bezieht, die während der Erzählungen empfunden werden können (vgl. Pearlman/Saakvitne 1995: 296). Zusätzlich hätten die bestehenden organisatorischen Strukturen in den Institutionen, in denen Fachkräfte tätig sind, Auswirkungen auf deren Resilienz oder Vulnerabilität und könnten somit auch die Entstehung von VT beeinflussen. Darüber hinaus spielen auch das Ausmaß der Partizipation seitens der Fachkräfte eine bedeutende Rolle (vgl. Pearlman/Saakvitne 1995: 302-307).

Pearlman und Saakvitne beschreiben weiters fünf Bereiche psychischer Bedürfnisse, die durch VT Veränderungen erfahren können. Obwohl alle fünf Bedürfnisse grundsätzlich bei jedem Menschen vorhanden sind, variiert ihre Gewichtung individuell und hängt davon ab, welche Bereiche dominieren und damit am stärksten gefährdet sind (vgl. Pearlman/Saakvitne 1995: 123).

Sicherheit: Dieser Bereich umfasst sowohl das Bedürfnis, sich selbst als auch nahestehende Personen als sicher zu empfinden. Berichte von Klient*innen über Gewalt oder Missbrauchserfahrungen können dieses Sicherheitsgefühl erschüttern und starke Ängste sowie Sorgen um geliebte Menschen auslösen. Solche Gefühle können bei Therapeut*innen mit Veränderungen im Verhalten einhergehen (vgl. Rosenbloom et al. 2002: 91-92).

Vertrauen: Dieser Punkt spielt eine entscheidende Rolle für Therapeut*innen, deren

Vertrauensbeziehungen zu Klient*innen erschüttert wurden. Diese Erfahrung kann dazu führen, dass sie generell niemandem mehr vertrauen, auch nicht sich selbst. Es kann zu einer Beeinträchtigung des Selbstvertrauens kommen, wodurch das Vertrauen in das eigene Urteilsvermögen abnimmt und die Fähigkeit zur unabhängigen Entscheidungsfindung beeinträchtigt wird (vgl. ebd.: 92).

Wertschätzung: Das Verlangen nach Wertschätzung bezieht sich auf das Selbstwertgefühl der Therapeut*innen, die das Gefühl haben könnten, dass ihre Arbeit nicht zufriedenstellend sei. Diese Wahrnehmung kann dazu führen, dass sie ein pessimistischeres Bild von Menschen zeichnen, da sie oft mit Berichten über menschliche Grausamkeiten und Gewalt konfrontiert sind, was sich wiederum negativ auf ihre Wertschätzung gegenüber anderen Personen auswirken könnte (vgl. ebd.: 93).

Nähe: Nähe, sowohl zu sich selbst als auch zu anderen, kann durch VT gestört werden. Störungen in diesem Bereich können dazu führen, dass das Alleinsein als unangenehm empfunden wird und Strategien entwickelt werden, um dieses Gefühl zu vermeiden, wie übermäßiges Arbeiten oder oberflächliche Beziehungen. VT kann aber auch entgegengesetzt zu einer vollkommenen Vermeidung von sozialen Kontakten führen (vgl. ebd.: 94).

Kontrolle: Das Verlangen nach Kontrolle bezieht sich auf das Potenzial, die eigenen Emotionen und Aktionen zu regulieren. Durch VT kann der Eindruck entstehen, dass einige Lebensaspekte außer Kontrolle geraten sind. Dies kann dazu führen, dass Therapeut*innen versuchen, das Verhalten anderer zu steuern (vgl. ebd.: 95).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die empathische Einbeziehung und die wiederholte Konfrontation der Fachkräfte mit dem Traumamaterial der Klient*innen eine bedeutende Rolle bei der Entstehung von VT spielen. Die Auswirkungen zeigen sich vor allem in der individuellen Veränderung der Psyche der Fachkraft und somit der Identität dieser.

Kritik an Pearlman, Saakvitne aber auch Figley äußern Pryce et al. (2007), indem sie bemängeln, dass diese Autor*innen Sekundäre Traumatisierung als „normal“ darstellen. Pryce et al. argumentieren, dass diese Normalisierung dazu führen könnte, dass die Verantwortung für das Leiden ausschließlich den Fachkräften zugeschrieben wird und Organisationen sich somit ihrer Verantwortung entziehen könnten (vgl. Pryce et al. 2007: 102). Lemke (2021) kritisiert wiederum das Konzept der VT, da es davon ausgeht, dass sich die Bezugssysteme und psychischen Bedürfnisse von Therapeut*innen laut Pearlman und Saakvitne ausschließlich in eine negative Richtung entwickeln können. Er verweist auf Studien¹, die das Gegenteil gezeigt haben (vgl. Lemke 2021: 72-73). Lemke argumentiert zudem, dass der Begriff der VT von Pearlman und Saakvitne nur auf die psychotherapeutische Arbeit mit Traumatisierten anwendbar ist (vgl. Lemke 2021: 71).

Abschließend lässt sich festhalten, dass die Unterscheidung zwischen kognitiver und emotionaler Empathie von Pearlman und Saakvitne eine differenziertere Betrachtung der Ursachen von Empathie ermöglicht und somit auch einen tieferen Einblick in die Mechanismen der VT bzw. Sekundären Traumatisierung bietet, jedoch durch den ausschließlichen Blick auf Therapeut*innen sehr einseitig ausfällt.

¹ Linley, Joseph, Loumidis (2005): Trauma work, sense of coherence, and positive and negative changes in therapists; Arnold, Calhoun, Tedeschi, Cann (2005): Vicarious Posttraumatic Growth in Psychotherapy.

2.2.3. Traumatoid States nach Wilson und Thomas

Im Jahr 2004 wurde das Konzept der Traumatoid States entwickelt, das den Versuch unternimmt, die Ideen von Figley sowie Pearlman und Saakvitne in Einklang zu bringen. Es zielt darauf ab, die traumatischen Symptome der CF ebenso zu erfassen, wie die Veränderungen in den kognitiven Schemata der VT (vgl. Wilson/Thomas 2014: 151). Wilson und Thomas (2014) beschreiben ihre Konzeption der Traumatoid States auch als "trauma-like" (trauma-ähnlich), sie zeigen die Reaktionen von Fachkräften auf, welche sich durch die Arbeit mit traumatisierten Klient*innen als Stresssymptome entwickeln können (vgl. Wilson/Thomas 2014: 24). Die verschiedenen Formen von Stressreaktionen können entweder zu CF, zu VT oder zu einer Kombination aus beiden führen. Wilson und Thomas betonen, dass die Bezeichnung "Traumatoid States" den Vorteil biete, die Auswirkungen verschiedener stressauslösender Situationen in Betracht zu ziehen (vgl. Wilson/Thomas 2014: 191). In diesem Zusammenhang erläutern sie, dass in der Arbeit mit traumatisierten Personen unterschiedliche Reaktionsmuster auf berufsbedingten Stress auftreten können, wobei auf Konzepte wie CF, Sekundäre Traumatisierung und VT verwiesen wird (vgl. Wilson/Thomas 2014: 145). Trotz des gemeinsamen Erkenntnisinteresses in allen drei Modellen wird den Symptomen unterschiedliche Bedeutung beigemessen, und auch die identifizierten Bereiche, die durch die Arbeit mit traumatisierten Klient*innen verändert werden, variieren (vgl. Wilson/Thomas 2014: 151). Es wird von den Autoren betont, wie wichtig es sei, zwischen den Begriffen und Konzepten differenzieren zu können (vgl. Wilson/Thomas 2014: 146). In nachfolgender Abbildung 2 wird verdeutlicht, dass die Belastungen durch übermäßige Empathie bei der Arbeit mit Traumaopfern entstehen.

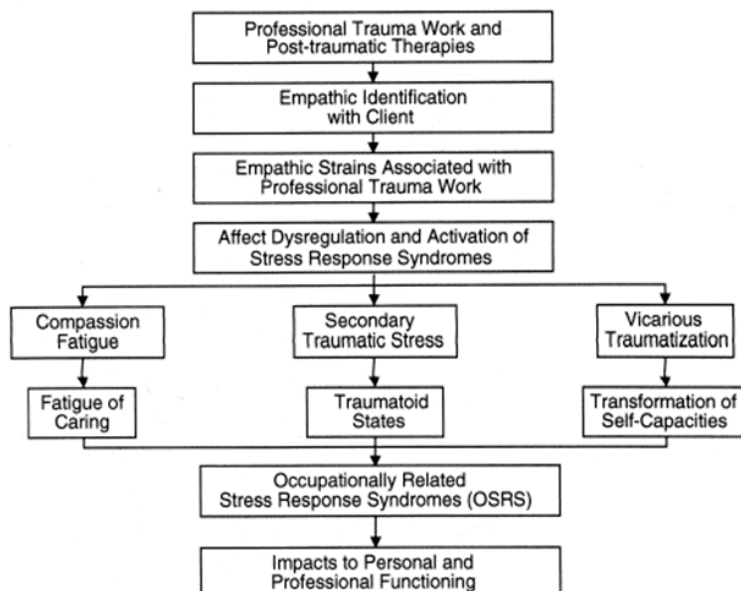


Abb. 2: Empathic identification and empathic strain in the development of occupationally related stress response syndromes (Wilson/Thomas 2014: 151)

Durch die intensive Auseinandersetzung in der professionellen Traumabewältigung und in posttraumatischen Therapien entsteht eine empathische Verbundenheit mit den Klient*innen, was wiederum zu emotionalen Belastungen führt. Diese beeinflussen sowohl die Dysregulation als auch die Aktivierung von Stressreaktionssyndromen. Als Folge können sich CF (Müdigkeit der Fürsorge), Sekundärer Traumatischer Stress (Traumatoide Zustände) und VT (Transformation der Selbstfähigkeiten) entwickeln. Diese wiederum führen zu berufsbedingten Stressreaktionen, die sowohl persönliche als auch berufliche Funktionsweisen der Fachkraft beeinträchtigen können (vgl. Wilson/Thomas 2014: 151).

Die Arbeit mit traumatisierten Menschen ist auch bei diesem Konzept eng mit einer empathischen Identifikation verbunden. Die unterschiedlichen Arten von Stressreaktionen auf Traumata zeigen sich bei Fachkräften in spezifischen Ausprägungen: CF äußert sich bei Pflegekräften, die fürsorglich tätig sind, durch physische und psychische Erschöpfung, Unbehagen und Übellaunigkeit. Sekundärer Traumatischer Stress zeigt sich in traumatischen Zuständen, während bei VT kumulative und dauerhafte Veränderungen der Selbstkompetenzen auftreten (vgl. Wilson/Thomas 2014: 150-151). Wilson und Thomas beschreiben in ihrem Konzept Veränderungen bei Fachkräften, die vorübergehend, akut, chronisch oder episodisch auftreten können (vgl. Wilson/Thomas 2014: 209). Dabei handelt es sich nicht um Phänomene, die ausschließlich als pathologisch zu betrachten sind, sondern vielmehr ein Ausdruck der komplexen emotionalen und kognitiven Verarbeitung sind.

„In other words, they are neither ‚all or none‘ phenomena nor are they necessarily pathogenic in nature.“ (Wilson/Thomas 2014: 209)

Diese differenzierte Sichtweise unterstreicht, dass Fachkräfte, welche mit traumatisierten Menschen arbeiten, vielfältigen und dynamischen Stressoren ausgesetzt sind, die ihre berufliche Praxis auf unterschiedliche Weisen beeinflussen können. In der Entwicklung von Traumatoid States zeigen sich neben dysregulierten Affekten, körperlichen Reaktionen und dem Wiedererleben, auch Vermeidungsverhalten wie zum Beispiel die Vermeidung der Konfrontation mit traumatischem Material (vgl. Wilson/Thomas 2014: 208-211). Traumatoid States sind mehrdimensionaler Natur, äußern sich in klinischen Stresssymptomen sowie in Störungen auf persönlicher und beruflicher Ebene (vgl. Wilson/Thomas 2014: 209). Hierbei werden sowohl somatische Symptome wie Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Tachykardie oder Veränderungen im Atemmuster, aber auch veränderte Vorstellungen in der Spiritualität, veränderte Selbstfähigkeiten oder veränderte Bewältigungsmuster angeführt (vgl. Wilson/Thomas 2014: 205).

Daniels (2006) wirft die Frage auf, ob das Konzept der Traumatoid States eine "inkrementelle Validität" besitzt und ob darauf aufbauend überhaupt empirische Studien entwickelt werden können. Diesbezüglich wird von ihr darauf hingewiesen, dass keine Unterscheidung zwischen Fachkräften getroffen wird, die direkten sensorischen Eindrücken ausgesetzt sind und jenen, die indirekt mit dem Trauma konfrontiert sind (vgl. Daniels 2006: 13). Darüber hinaus kritisiert sie, dass Wilson und Thomas auch Prozesse wie Burnout und traumatische Gegenübertragung in dieses Konzept miteinbeziehen.

Abschließend lässt sich festhalten, dass im Konzept der Traumatoid States Empathie sowie die Exposition gegenüber dem Traumamaterial der Klient*innen als bedeutende Faktoren für die Entstehung von Sekundärer Traumatisierung betrachtet werden. Jedoch bilden die unterschiedlichen Reaktionen der Fachkräfte auf diese Exposition einen Schwerpunkt

dieses Konzepts. Ebenso betonen Wilson und Thomas, dass die Symptome der PTBS kritisch übernommen werden sollten.

2.2.4. Neuropsychologisches Modell nach Daniels

Das neurologische Modell der Sekundären Traumatisierung, welches von Judith Daniels (2006) präsentiert wurde, untersucht die Ähnlichkeiten zwischen den Symptomen dieser Form der Traumatisierung und der PTBS. Ihre Studie legt nahe, dass Sekundäre Traumatisierung vergleichbare Symptome wie PTBS aufweist, wie in ihren Interviews und ihrer Fragebogenstudie mit Therapeut*innen deutlich wird. Daniels integriert neurologische Modelle, um zu erklären, wie Sekundäre Traumatisierung in, von außen gesehen, sicheren Situationen auftreten kann (vgl. Daniels 2008: 106). Sie identifiziert drei zugrundeliegende Prozesse im menschlichen Organismus, die eine Rolle spielen: Empathie, Kindling und Dissoziation.

Empathie: Wie bereits in den theoretischen Ansätzen von Figley, Pearlman und Saakvitne sowie Wilson und Thomas, spielt der Faktor Empathie eine zentrale Rolle im Entstehungsprozess der Sekundären Traumatisierung. Daniels hebt hervor, dass Empathie seitens der Fachkräfte gegenüber ihren Klient*innen als grundlegende Voraussetzung betrachtet wird, um die Entwicklung einer Sekundären Traumatisierung zu ermöglichen (vgl. Daniels 2006: 238). In ihrem Verständnis von Empathie greift Daniels auf die Funktion von Spiegelneuronen zurück, also Nervenzellen, welche bei motorischen und sensorischen Vorgängen aktiv sind (vgl. Daniels 2007: 53). Diese Spiegelneuronen ermöglichen es, die Gefühlszustände von Klient*innen in einer Weise zu spiegeln, als ob sie bei der beobachtenden Person selbst vorhanden wären. Die interne Simulation durch Spiegelneuronen führt dazu, dass Fachkräfte als Beobachtende die Symptome der Klient*innen übernehmen, was zu einem Mangel an Selbst- und Fremddifferenzierung führt. In diesem Prozess scheint eine bewusste emotionale Distanzierung nicht mehr möglich zu sein und die Traumaerzählungen der Klient*innen werden von den Fachkräften auf ihre eigene Erfahrungswelt bezogen (vgl. Daniels 2006: 238-241, Daniels 2007: 54). Empathie wird von Daniels nicht nur als notwendige Voraussetzung, sondern auch als potenzieller Risikofaktor für die Entstehung Sekundärer Traumatisierung betrachtet. Die Fähigkeit zur Übernahme von Emotionen, die durch Empathie ermöglicht wird, kann zu einem Prozess führen, den sie als "Kindling" bezeichnet.

Kindling: Kindling stellt einen Prozess dar, bei dem emotionsverarbeitende Gehirnregionen durch wiederholte unterschwellige Aktivierungen sensibilisiert werden (vgl. Daniels 2006: 255). Insbesondere führt die regelmäßige Aktivierung durch Empathie zu einer verstärkten Sensibilisierung der Amygdala, einem zentralen Akteur bei der Verarbeitung emotionaler Reize im Gehirn (vgl. ebd.). Die Funktion der Amygdala besteht darin, äußere Reize zu verarbeiten und autonome Reaktionen wie Herzrasen oder Schweißausbrüche auszulösen. Die wiederholte Aktivierung der Amygdala kann dazu führen, dass ihre Aktivierungsschwelle herabgesetzt wird. Dadurch entstehen Gefühle von Angst, Hilflosigkeit und Entsetzen, die nicht im Verhältnis zur aktuellen äußeren Situation stehen. Dies bedeutet, dass letztendlich selbst geringfügige Stressoren und Reize ausreichen, um diese reduzierte

Schwelle zu überschreiten, was zu übermäßigen emotionalen Reaktionen führen kann (vgl. Daniels 2006: 255-257).

Das Charakteristikum des Kindlings besteht darin, dass äußere Reize nicht im Gehirn gelöscht werden können und daher kumulativ wirken. Dieser Kumulationseffekt kann zu einer peritraumatischen Dissoziation führen, wie von Gabriele Fröhlich-Gildhoff (2011) betont wird (vgl. Fröhlich-Gildhoff 2011: 89). Die massive emotionale Anteilnahme der Fachkräfte, verursacht durch das Kindling, kann zu einer Desintegration von Wahrnehmung und Realität führen, was als eine mögliche Reaktion auf diesen Prozess der Sensibilisierung betrachtet wird. In diesem Zustand kann die Verarbeitung von Traumamaterial zu einer entkoppelten Erfahrung führen, die diffus in Raum und Zeit verankert ist (vgl. Fröhlich-Gildhoff 2011: 89, Daniels 2006: 255-258).

Dissoziation: Dissoziation bedingt eine Einbuße der Selbst-Fremd-Differenzierung und erschwert die Möglichkeit zur emotionalen Distanzierung. Diese Reaktion stellt einen Schutzmechanismus des menschlichen Organismus dar, der als Notfallreaktion auf intensive Emotionen während traumatischer Ereignisse interpretiert werden kann (vgl. Daniels 2006: 259, Rießinger 2011: 19). Daniels unterscheidet zwei Formen der Dissoziation, wobei im Kontext der Entstehung Sekundärer Traumatisierung besondere Aufmerksamkeit der peritraumatischen Dissoziation gewidmet wird (vgl. Daniels 2007: 55). Während einer peritraumatischen Dissoziation verlaufen Prozesse im Gedächtnis in veränderter Weise, insbesondere während der Konfrontation mit Traumamaterial. Im dissoziativen Zustand wird es für Fachkräfte schwierig, eine klare Differenzierung zwischen der eigenen Person und anderen, sowie zwischen Fremd- und Selbstperspektive vorzunehmen. Zugleich erfolgt die Speicherung des Traumamaterials im Gedächtnis ohne klare Verortung in Zeit und Raum (vgl. Daniels 2007: 57). Die von Daniels beschriebene peritraumatische Dissoziation kann Symptome einer Sekundären Traumatisierung hervorrufen, wie beispielsweise Intrusion, Hyperarousal und parapsychotisches Bedrohungserleben, welche im nächsten Kapitel näher beleuchtet werden.

Die Studie von Daniels verdeutlicht insgesamt, dass Sekundäre Traumatisierung nicht als isolierter Einzelfall betrachtet werden sollte, sondern vielmehr ein bedeutsames arbeitsbezogenes Problem darstellt. Die herausgearbeiteten Ähnlichkeiten zwischen Sekundärer Traumatisierung und PTBS bezüglich der Symptome und potenziellen Ursachen betonen die Relevanz dieser Problematik (vgl. Daniels 2008: 104). Zusammenfassend kommt Daniels in ihrer Untersuchung zu dem Schluss, dass die Aktivierung von Spiegelneuronen im Gehirn von Fachkräften, die regelmäßig mit traumatisierten Menschen arbeiten, einen zentralen Mechanismus darstellt. Dieser Mechanismus führt zur Sensibilisierung der Amygdala, einer erhöhten emotionalen Sensibilität, und begünstigt dadurch das Auftreten einer peritraumatischen Dissoziation (vgl. Daniels 2008: 13). Empathie und der Prozess des Kindlings bilden somit die Grundlage dafür, dass Fachkräfte mit einer peritraumatischen Dissoziation auf die Traumaerzählungen ihrer Klient*innen reagieren. Somit stellt nach Daniels die peritraumatische Reaktion einen zentralen Risikofaktor für die Entwicklung einer Sekundären Traumatisierung dar (vgl. Daniels 2008: 104).

Kritik kommt von Renate Jegodtka (2013), sie äußert Bedenken hinsichtlich der Übertragung des Konzepts der PTBS auf die Sekundäre Traumatisierung. Daniels' Fokus auf der Erfassung von Symptomen könne den Blick auf individuelle Reaktionen einschränken, ohne den professionellen Kontext, in dem sich Sekundäre Traumatisierung entwickelt,

ausreichend zu berücksichtigen. Die neu eingeführten Diagnosekriterien, wie Entgrenzung und parapsychotisches Erleben, könnten laut Jegodtka pathologisierend und stigmatisierend wirken. Aus diesem Grund befürwortet sie die Integration von Ansätzen zur Sekundären Traumatisierung, die in der Lage sind, sowohl die Wechselwirkungen von Prozessen angemessen zu berücksichtigen als auch den Kontext angemessen einzubeziehen (vgl. Jegodtka 2013: 83-84).

Das Verständnis der Vielschichtigkeit der Erklärungsmodelle für Sekundäre Traumatisierung spiegelt sich auch in der Komplexität der beschriebenen Symptome wider, wie von den verschiedenen Forscher*innen dargelegt. Gleichzeitig zeigt dies, dass die Wissenschaft noch um Erklärung des Phänomens ringt. Das folgende Kapitel setzt sich zum Ziel, diese Vielschichtigkeit in eine strukturierte Ordnung zu bringen.

2.3. Symptome Sekundärer Traumatisierung

Dena J. Rosenbloom, Anne C. Pratt und Laurie Anne Pearlman (2002) argumentieren, dass, ähnlich wie bei individuellen Reaktionen auf traumatische Erlebnisse, auch Fachkräfte unterschiedlich auf das Traumamaterial reagieren und eine Vielzahl von Symptomen der Sekundären Traumatisierung erleben können. Diese Symptome umfassen eine breite Palette von emotionalen, körperlichen und psychologischen Reaktionen, deren Entwicklung und Ausprägung von individueller Widerstandsfähigkeit, dem Tätigkeitsfeld und der Exposition gegenüber dem Trauma abhängt (vgl. Rosenbloom/Pratt/Pearlman 2002: 89). Es ist zu betonen, dass nicht alle Personen, die in unterstützenden, helfenden, sozialen Berufen arbeiten oder mit traumatischen Erzählungen konfrontiert werden, zwangsläufig Symptome der Sekundären Traumatisierung entwickeln. Einige Fachkräfte zeigen eine höhere Resilienz und verfügen über effektivere Bewältigungsstrategien, um mit den emotionalen Belastungen umgehen zu können. Dennoch ist es ratsam, professionelle Unterstützung in Anspruch zu nehmen, wenn solche Symptome auftreten und anhalten. Diese Unterstützung ist wichtig, um angemessen mit den Herausforderungen umgehen und die eigene psychische Gesundheit erhalten zu können (vgl. ebd.).

Sekundäre Traumatisierung manifestiert sich, wenn sozialpädagogische Fachkräfte von Gefühlen der Hilflosigkeit und Angst überwältigt werden anstatt von Lebensfreude und Begeisterung (vgl. Sängler/Udolf 2012: 147). Die möglichen Symptome und Folgen ziehen sich über verschiedene Lebensbereiche hinweg und ähneln denen der PTBS. Betroffene Fachkräfte sind während ihrer Arbeit möglicherweise weniger produktiv oder konzentriert und benötigen häufiger Krankheitstage (vgl. Meadors/Lamson 2008: 26). Zudem zeigen Personen, die unter Sekundärer Traumatisierung leiden, eine Vielzahl von körperlichen, emotionalen, arbeitsbezogenen und sozialen Symptomen. Mögliche Auswirkungen sind verminderte Antriebskraft, emotionale Taubheit, sozialer Rückzug, geringere Produktivität sowie Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung. Hudnall Stamm (2002) stellte fest, dass Sekundäre Traumatisierung oft durch "Gefühle chronischer Überforderung, Ärger, psychosomatischen und depressiven Störungen und Suchtproblemen" gekennzeichnet ist (vgl. Hudnall Stamm 2002: 7). Weitere Anzeichen Sekundärer Traumatisierung umfassen die Vermeidung von Gefühlen und Intimität, Traurigkeit, Wut, Scham, Angst, körperliche

Beschwerden, Schlafstörungen oder übermäßigen Schlaf sowie Alpträume (vgl. Richard 2020: 63, Figley 2002: 49). Die Merkmale einer Sekundären Traumatisierung zeigen sich ebenso durch psychologische, kognitive und zwischenmenschliche Indikatoren. Psychologische Faktoren umfassen belastende Emotionen wie Angst, Depression und Trauer. Zusätzlich können psychosomatische Symptome wie Kopfschmerzen, gestörter Schlaf oder Schlaflosigkeit sowie chronische Müdigkeit auftreten. Ähnlich wie bei primären Traumatisierungen können Betroffene auch von unkontrollierten Flashbacks betroffen sein, die das Leben der Leidtragenden stark beeinträchtigen können. Diese Symptome können sich wiederum auf die zwischenmenschlichen Beziehungen der Betroffenen auswirken (vgl. Lemke 2021: 14).

Sekundäre traumatische Belastungsstörung (STBS) stellt den Fachterminus für die Gesamtheit von Symptomen, die durch Sekundäre Traumatisierung entsteht. Diese Belastungsstörung hat erhebliche Auswirkungen auf das Leben und die berufliche Tätigkeit der betroffenen Person. STBS unterscheidet sich insofern von posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) der Traumaopfer, als sie sich langsam und über einen längeren Zeitraum entwickelt sowie in deren Ursache, eben der Konfrontation mit dem traumatischen Erlebnis eines anderen Menschen (vgl. Richard 2020: 63). Symptome, welche kürzer als einen Monat bestehen, zählen als normale, krisenbedingte Reaktionen (vgl. Figley 2002: 49). Gemäß Figley ist es notwendig, dass bei Fachkräften Symptome vorliegen, die länger als einen Monat anhalten oder gemäß Pearlman und Saakvitne sich erst nach einigen Monaten zeigen, bevor von einer Sekundären Traumatisierung gesprochen werden kann. Es wird betont, dass eine zeitliche Kontinuität der Symptome ein maßgeblicher Faktor für die Diagnose und das Verständnis dieses Zustands sei.

Daniels (2008) bestätigte mit ihrer Interviewstudie, dass einige Symptome einer PTBS sich teilweise ähnlich den primären Anzeichen der Sekundären Traumatisierung entwickeln (vgl. Daniels 2008: 101). Die Hauptmerkmale hierbei umfassen Hyperarousal (vegetative Übererregtheit), Intrusionen und Vermeidungssymptome (vgl. Daniels 2008: 102, Schulten 2020: 179).

Hyperarousal bezeichnet anhaltende Angstsymptome oder ein konstant erhöhtes Erregungsniveau der betroffenen Person, wie etwa chronische Übererregung, Reizbarkeit oder Schlafstörungen. Daniels (2006) betont außerdem, dass Betroffene bestimmte Symptome wie Einschlaf- und Durchschlafstörungen oder Probleme mit der Konzentration auch als Anzeichen einer Depression interpretieren könnten (vgl. Daniels 2006: 41-46). Zudem vermutet sie, dass psychosomatische Symptome ebenfalls auf das hyperarousale Symptom zurückzuführen sind.

Intrusionen hingegen bezeichnen verschiedene Formen des Wiedererlebens traumatischer Ereignisse sowie die psychischen oder physiologischen Stressreaktionen auf auslösende Reize. Dazu zählen sich aufdrängende Gedanken, Alpträume, Flashbacks sowie teilweise Amnesie. Besonders häufig wurde bei der Studie von Daniels das bildhafte Wiedererleben des Traumas genannt, wobei Therapeut*innen berichteten, dass sie sich im Wachzustand nicht willkürlich und aktiv daran erinnern würden, jedoch unterbewusst stark davon im Ablauf des Alltages beeinträchtigt waren. In Bezug auf Träume beschrieben einige Therapeut*innen das Nachempfinden des Traumas im Träumen oder dem Gefühl der Identifikation mit den Traumatisierten. Therapeut*innen, welche mit Opfern sexueller

Gewalt arbeiteten, erzählten auch über vorübergehende Veränderungen in Bezug auf ihre eigene Sexualität. Somit konnte Daniels belegen, dass ein Teil der Therapeut*innen die Symptome der Intrusionen nicht nur im Wachzustand erlebte, sondern auch in Alpträumen die Traumainhalte der traumatisierten Klient*innen durchlebten (vgl. Daniels 2006: 55). Die Betroffenen empfanden die auftretenden Intrusionssymptome als äußerst belastend, weshalb sie bewusst versuchten, Auslöser dieser unkontrollierbaren und unwillkürlich auftretenden Erinnerungen zu meiden (vgl. ebd.: 61). Aufgrund dessen reagierten betroffene Fachkräfte mit dem Symptom der Vermeidung.

Die Symptomgruppe *Vermeidung* umfasst Verhaltensweisen, die darauf abzielen, Reize zu umgehen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen (vgl. Rixe 2013: 275). Diese Vermeidung kann sich auf äußere Reize, wie bestimmte Orte und Gespräche, sowie innere Reize, etwa Gedanken und Gefühle, beziehen (vgl. Daniels 2006: 44-47). Es ist wichtig festzuhalten, dass trotz eines Vermeidungsverhaltens die Intrusionen aufgrund ihrer Unkontrollierbarkeit auftreten können. Innerhalb der Interviews konnte Daniels verschiedene Kategorien der Vermeidung identifizieren, darunter das Meiden von Aktivitäten, Orten oder Personen, die Erinnerungen an das Trauma der Klient*innen hervorrufen, ein reduziertes Interesse der Therapeut*innen allgemein an der Teilnahme an Aktivitäten, ein Gefühl der Entfremdung und Distanzierung zu anderen sowie ein eingeschränktes Spektrum emotionaler Reaktionen (vgl. ebd. 45-48). Im Kontext der Kategorie des „verringerten Interesses oder Teilnahme an Aktivitäten“ berichteten die Therapeut*innen, welche von Daniels interviewt wurden, von einem abnehmenden Engagement in zuvor als freudvoll empfundenen Tätigkeiten. Sie beschrieben auch soziale Rückzugstendenzen, die aufgrund des verringerten Interesses entstanden waren. Einige Fachkräfte nahmen das „Gefühl von Entfremdung und Losgelöstheit von anderen“ nicht bewusst als Vermeidung wahr (vgl. ebd.: 47). Weiters wurde von Gefühlen und Erfahrungen berichtet, die darauf hindeuten, dass Fachkräfte in ihrem Umfeld bestimmte Aspekte ihres beruflichen Alltags bewusst ignorieren würden. Dies führte zu einem Abspalten der eigenen Gefühle und erschwerte die Ausübung ihrer Arbeit. Die letzte Vermeidungskategorie „eingeschränkte Bandbreite der emotionalen Reaktionen“ geht laut Daniels mit einer Distanzierung von der eigenen Person einher, was zu einer starken Unfähigkeit führt, Emotionen zu erleben.

Zusätzlich identifizierte Daniels weitere Symptome, die zwar mit der PTBS nicht direkt in Verbindung stehen, jedoch komorbid auftraten (vgl. Daniels 2008: 102). Sie betrachtete die, von den Therapeut*innen, beschriebenen Gefühle der Hoffnungslosigkeit, Erschöpfung und Suizidalität als Teil einer depressiven Verarbeitung. Schulten (2020) erweitert dieses Verständnis der depressiven Verarbeitung um eine Vielzahl weiterer Symptome wie Stimmungsschwankungen, Schuldgefühle, Wut, Machtlosigkeit und Hilflosigkeit (vgl. Schulten 2020: 180). Zusätzlich führt sie weitere körperliche Anzeichen wie Appetitverlust, Libidoverlust, gesteigerte Schmerzen und Anfälligkeit für Infektionen an. Zudem können kognitive Symptome wie Probleme mit der Konzentration, Schwierigkeiten in der Entscheidungsfindung und Veränderungen in inneren Einstellungen und Werten beeinträchtigend wirken (vgl. Schulten 2020: 180).

Daniels identifizierte weiters zwei neue Kategorien von Symptomen: Eingrenzungssymptome und parapsychotisches Bedrohungserleben (vgl. Daniels 2006: 279). Das Erleben von Eingrenzung wird von ihr als Anzeichen für Sekundäre Traumatisierung betrachtet und

als ein Anfangssymptom beschrieben. Sie spricht von einer starken Anziehungskraft und Faszination der Fachkräfte gegenüber den primären Traumata ihrer Klient*innen, die sie nicht mehr loslässt. Dies führt zu einer Dynamik, die es ihnen schwer macht, ein Gleichgewicht zwischen Arbeit und Erholung aufrechtzuerhalten (vgl. ebd.: 127, 212). Die Eingrenzung äußert sich in verlängerten Arbeitszeiten, dem fortwährenden Umgang mit dem Trauma der Klient*innen auch im Privatleben sowie dem Bedürfnis, anderen von diesen Traumata zu erzählen. Darüber hinaus kann es zu einer Verwischung der Grenzen zwischen professioneller Arbeit und persönlichen Kontakten mit den Klient*innen kommen. Daniels weist ebenfalls auf ein übermäßiges Grübeln hin, das sich auf die geschilderten traumatischen Erlebnisse der Klient*innen bezieht und mit einem hohen Anspruch an die eigene Arbeit einhergeht (vgl. ebd.: 73).

Das parapsychotische Bedrohungserleben wird von Daniels als eine intensive Form des Gefühls der Bedrohung beschrieben, das teilweise mit sehr anschaulichen Vorstellungen von etwaigen Übergriffen zusammenfällt. Aufgrund dieser Empfindungen adaptieren die betroffenen Fachkräfte ihr eigenes Sicherheitsverhalten (vgl. ebd.: 126). Die Qualität und die geringe Kontrolle über diese bildhaften Fantasien erinnern Daniels an Wahngedanken und Paranoia, was sie dazu veranlasst, dieses Symptom als parapsychotisch zu bezeichnen. Das parapsychotische Bedrohungserleben wird aufgrund seiner starken Bedrohlichkeit und des damit verbundenen angepassten Sicherheitsverhaltens als äußerst belastendes und umfassendes Symptom beschrieben (vgl. Daniels 2008: 6).

Renate Jegodtka und Peter Luitjens (2016) betonen, dass Daniels zusätzlich zu den neu entwickelten Symptomkategorien der Eingrenzung und des parapsychotischen Bedrohungserlebens, auch die Symptome der Sekundären Traumatisierung am gründlichsten und fundiertesten erforschte. Daher wird in der Fachliteratur oft auf ihre umfassende Studie verwiesen, um die individuellen Reaktionen besser zu verstehen (vgl. Jegodtka/Luitjens 2016: 198).

Simone Rießinger (2015) hat ähnliche Symptome zusammengefasst und darauf hingewiesen, dass diese Auswirkungen auf alle Lebensbereiche haben (vgl. Rießinger 2015: 4-5). Ihre Symptome umfassen emotionale und kognitive Reaktionen wie etwa Angst und Konzentrationsschwäche. Ebenfalls kommen bei ihr psychische und psychosomatische Reaktionen wie Hautirritationen, Appetitverlust sowie gesundheitsschädigende Bewältigungsstrategien und gesundheitsschädigendes Verhalten etwa durch übermäßigen Konsum von Koffein und Nikotin oder exzessiven Gebrauch von Sucht- und Beruhigungsmitteln vor. Und letztlich zeichnet auch Rießinger soziale Auswirkungen als Symptome, etwa Rückzug, Zynismus, vermehrte Konflikte im sozialen Umfeld, Leugnen der Symptome und gesteigerte Sensibilität für Gewalt und Unrecht. Weiters auch Beeinträchtigungen der geistigen Gesundheit, also Grundannahmen über das Selbst und die Welt werden durch die Erzählungen der traumatisierten Personen erschüttert.

Es ist wichtig anzumerken, dass nicht alle aufgezählten Symptome der jeweiligen Autor*innen eindeutig der Thematik der Sekundären Traumatisierung zugeordnet werden können. Daher betont Rießinger erneut die Bedeutung, den gesamten Umfang der Entstehungsur-sachen und Symptome der Sekundären Traumatisierung zu kennen, um ihnen vorbeugen oder entgegenwirken zu können.

Angesichts der Kritik an den beschriebenen Konzepten ist es wichtig, die bisherige Forschung zur Sekundären Traumatisierung kritisch zu betrachten. Besonders relevant ist

dabei, dass die Messung von ST in verschiedenen Berufsgruppen uneinheitlich erfolgt ist und somit die Vergleichbarkeit und Aussagekraft der Ergebnisse beeinträchtigt wird, wie im folgenden Kapitel beschrieben.

2.4. Forschungskritische Betrachtungen

Die öffentliche Aufmerksamkeit für Sekundäre Traumatisierung ist in den letzten Jahren gestiegen, insbesondere in Zusammenhang mit traumatischen Ereignissen wie Terroranschläge und Erdbeben. In diesen Situationen waren helfende Berufsgruppen aufgrund des Ausmaßes an Traumatisierungen der primär Betroffenen selbst enormen psychischen Belastungen ausgesetzt und einige erkrankten dauerhaft (vgl. Rießinger 2015: 1). Als Reaktion darauf wurden frühzeitig Fachwissen, Methoden und Bewältigungsstrategien für Überlastungssituationen bereitgestellt, hauptsächlich für Berufsgruppen im Katastrophenbereich. Andere Berufsgruppen, welche ebenfalls intensiv mit Traumatisierten arbeiten, wie sozialpädagogische Fachkräfte, wurden erst spät in diese Thematik eingeführt. Hier fehlt laut Rießinger (2015) nach wie vor das notwendige Fachwissen über Sekundäre Traumatisierung, das bereits während der Ausbildung vermittelt werden sollte (vgl. ebd.). Forschende, welche die Existenz Sekundärer Traumatisierung betonen und ihre negativen Auswirkungen auf Arbeit und Psyche der Fachkräfte hervorheben, fordern seit langem Maßnahmen wie Aufklärungsarbeit, Prävention, verbesserte Ausbildungsangebote und Supervision für Fachkräfte, welche mit traumatisierten Personen arbeiten (siehe hierzu Figley 2002, Pearlman/Saakvitne 1995, Wilson/Thomas 2014). Diese Maßnahmen werden als entscheidend erachtet, um mögliche negative Folgen für Fachkräfte aber auch Klient*innen zu verhindern.

Lisa S. Elwood, Juliette Mott, Jeffrey M. Lohr und Tara E. Galovski (2011) kritisieren jedoch die möglichen Risiken einer ungeprüften Warnung vor Sekundärer Traumatisierung, da es dadurch einerseits von den Fachkräften zur Erwartung negativer Reaktionen auf die Arbeit kommen kann, welche dann auch ungewöhnlich intensiv ausfallen können. Andererseits könnte es zu einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung führen und Sekundäre Traumatisierung erst recht verursachen bzw. verstärken (vgl. Elwood et al. 2011: 35). Florentine Jurisch, Iris-Tatjana Kolassa und Thomas Elbert wiesen in ihrer Studie an der Universität Konstanz bereits 2009 darauf hin, dass die Hypothese der Sekundären Traumatisierung bis zu diesem Zeitpunkt oft ohne ausreichende Prüfung akzeptiert wurde und erst in den letzten Jahren wissenschaftlich untersucht wird (vgl. Jurisch et al. 2009: 250).

Zahlreiche Forscher*innen, wie oben genannt, argumentieren, dass die Sekundäre Traumatisierung ein reales Phänomen sei, bei dem Personen, welche regelmäßig mit traumatisierten Menschen arbeiten oder in Kontakt stehen, selbst traumatisiert werden können und plädieren auf vermehrte präventive Gesundheitsmaßnahmen. Andere Forscher*innen wiederum sind der Meinung, dass Sekundäre Traumatisierung als solche nicht existiert oder zumindest nicht so weit verbreitet im Berufsfeld der helfenden Fachkräfte sei, wie behauptet wird (vgl. Elwood et al. 2011: 26). Die Kontroverse kann auf verschiedene Faktoren zurückzuführen sein, darunter die Schwierigkeit, Sekundäre Traumatisierung zu definieren und zu messen, sowie Unterschiede in den angewandten Methoden und

Stichproben der einzelnen Studien.

Anlass zum Zweifel, ob Sekundäre Traumatisierung als solche existiert, gab die Studie von Jurisch et al. (2009), die aufzeigte, dass nur die Hälfte der untersuchten einundzwanzig quantitativen Studien zu psychischen Konsequenzen trauma-therapeutischer Arbeit einen Zusammenhang zwischen Symptomen und Trauma-Exposition bei Therapeut*innen nahelegte (vgl. Jurisch et al. 2009: 250). Jurisch et al. sahen die ausgewerteten Studien als widersprüchlich an und schlossen nicht aus, dass PTBS-Symptome einiger Therapeut*innen aufgrund persönlicher traumatischer Erfahrungen dieser außerhalb der Trauma-Arbeit auftraten (vgl. Jurisch et al. 2009: 256). Auch gab es in den untersuchten Studien inkonsistente Ergebnisse in Bezug auf Prävalenz und Schweregrad der Sekundären Traumatisierung. Elwood et al. (2011) vermuten hierbei, dass verschiedene Faktoren, wie Unterschiede in den Messinstrumenten, die Bandbreite der Ergebnisse beeinflusst haben könnte, und daher die Sekundäre Traumatisierung unterschiedlich operationalisiert wurde und unterschiedliche Stärken und Spezifitäten aufwies (vgl. Elwood et al. 2011: 32). Darüber hinaus könnten die unterschiedlichen Umgebungen sowie die Klient*innen und Fachkräfte selbst Einfluss auf die Entwicklung von Symptomen Sekundärer Traumatisierung haben. Weiters kritisieren Elwood et al. die fehlende begriffliche und inhaltliche Klarheit bezüglich des Konzepts der Sekundären Traumatisierung, wie auch Lemke (2021) ausführte (vgl. Lemke 2021: 17). Elwood et al. fordern eine Unterscheidung zwischen "normalen" Reaktionen auf Belastungen und solchen, die klinisch relevant für Sekundäre Traumatisierung sind (vgl. Elwood et al. 2011: 26).

Obwohl, wie eben dargestellt, einzelne Autor*innen mittlerweile die Thematik der Sekundären Traumatisierung aufgreifen, bleibt das Verständnis der Symptome und der Bewältigung berufsbedingter Belastungsfaktoren insbesondere bei Fachkräften der Sozialen Arbeit weiterhin lückenhaft. Die bisher umfassendste Theorie zur Sekundären Traumatisierung von Daniels bietet eine wesentliche Grundlage, um das Verständnis von Sekundärer Traumatisierung im Berufsfeld der sozialpädagogischen Fachkräfte zu vertiefen. Dennoch bleibt Sekundäre Traumatisierung ein relevantes Themengebiet für Forscher*innen und Fachkräfte, welche mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen arbeiten. Es ist weiterhin unerlässlich, gezielte Forschung zu betreiben, um die Entstehung und Prävention von Sekundärer Traumatisierung bei Fachkräften der Sozialen Arbeit besser zu verstehen sowie das Stigma einer Mitgeföhlerschöpfung, Mitgeföhlsmüdigkeit, stellvertretenden Traumatisierung oder psychischen Ansteckung abzuwenden und ein Bewusstsein für das Phänomen Sekundäre Traumatisierung im Berufsfeld sozialpädagogischer Fachkräfte zu schaffen.

Im folgenden Kapitel wird das Phänomen daher gezielt mit dem Berufsfeld der sozialpädagogischen Fachkräfte verknüpft, indem bewusste und unbewusste Einflussfaktoren aufgezeigt werden, welche in der Interaktion mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen auf die Fachkräfte einwirken.

3. Sekundäre Traumatisierung und sozialpädagogische Fachkräfte

Wie bereits eingangs erwähnt, sind sozialpädagogische Fachkräfte einer enormen Belastung ausgesetzt, da sie in ihrer beruflichen Tätigkeit laufend mit Traumata der Kinder und Jugendlichen konfrontiert werden und auch Grenzsituationen seitens dieser ausgesetzt sind (vgl. Weiß 2021: 262). Hedi Gies (2009) meint, dass Fachkräfte, welche mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen arbeiten, Symptome Sekundärer Traumatisierung nicht vermeiden oder verhindern könnten, jedoch liegt in diesem Bewusstsein auch die Möglichkeit, sich mit der eigenen Motivation und Verletzlichkeit auseinanderzusetzen (vgl. Gies 2009: 6). Dies bedeutet, dass sozialpädagogische Fachkräfte im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit durchaus schon Symptome Sekundärer Traumatisierung erlebt haben könnten und gleichzeitig präventive (Schutz-)Maßnahmen dagegen ergriffen haben oder ergreifen hätten können, je nach deren Wissensstand über Sekundäre Traumatisierung bzw. der möglichen strukturellen Faktoren innerhalb deren Berufsfeld. Die Pilotstudie von Corinna Scherwath und Sibylle Friedrich (2012) widmete sich dem Thema zur Krankheitshäufigkeit Sekundärer Traumatisierung unter Sozialpädagog*innen. Diese wurde an der Hamburger Universität durchgeführt, von den 108 befragten Sozialpädagog*innen, die in stationären und ambulanten Einrichtungen tätig waren, zeigten fast 16% im Verlauf ihrer Berufstätigkeit Symptome einer Sekundären Traumatisierung (vgl. Scherwath/Friedrich 2012: 182-185). Ebenso sei hier die Studie von Claudia Frank (2010) zum Umgang mit Gefühlen und Selbstfürsorgestrategien bei pädagogischen Fachkräften erwähnt. Frank führte die Studie im Rahmen ihrer Diplomarbeit in Österreich durch. Sie befragte insgesamt achtzehn Fachkräfte aus verschiedenen Bereichen, darunter klinisches Setting, Erziehungsberatung, Krisen- und Fremdunterbringungseinrichtungen (vgl. Frank 2010: 84-85). Die Ergebnisse wiesen auf einen Zusammenhang zwischen den Zusatzausbildungen der Fachkräfte und ihrem Umgang mit Gefühlen hin. Etwa ein Viertel der Befragten zeigte hierbei Symptome wie Panikattacken, Alpträume, depressive Zustände und Veränderungen der Weltsicht, die auf Sekundäre Traumatisierung hindeuten (vgl. Frank 2010: 152-156).

Kinder und Jugendliche in Fremdunterbringung haben in der Regel mehrere traumatische Erfahrungen gemacht und weisen häufig psychische Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten auf (vgl. Müller-Luzi/Schmid 2017: 578). Das verdeutlicht die besondere Komplexität und Herausforderung, die mit der Arbeit mit fremduntergebrachten Kindern und Jugendlichen verbunden ist, insbesondere wenn es um traumatische Erfahrungen und psychische Belastungen geht. Die sozialpädagogischen Fachkräfte stehen vor der Herausforderung angemessen auf die unterschiedlichen Bedürfnisse und Verhaltensweisen der Kinder und Jugendlichen einzugehen. Die Forderung der Traumapädagogik nach einem stabilen Umfeld, das auf die Bedürfnisse der betroffenen Minderjährigen eingeht, betont die Notwendigkeit einer unterstützenden und sicheren Umgebung. Die Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe spielen eine wichtige Rolle dabei, den Kindern und Jugendlichen die nötige Stabilität und Unterstützung zu bieten, um ihre Traumata zu bewältigen und ihre Entwicklung zu fördern. Gerade Empathie und professionelles Handeln ist hier von großer Bedeutung, eine einfühlsame und professionelle Herangehensweise ist entscheidend für den Verlauf und den Erfolg der individuellen Fallarbeit (vgl. Poulsen 2012: 25). Gerade aber Empathie und einfühlsames Handeln birgt wiederum das Risiko einer Sekundären

Traumatisierung.

Die Rolle der pädagogischen Fachkräfte ist bei der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen sehr komplex. Besonders zwei Aspekte treten hierbei in den Vordergrund: die professionelle sowie die persönliche Rollenbeziehung. Die professionelle Rollenbeziehung erfasst die Rolle der Fachkraft als professionell ausgebildete*n Expert*in und zeichnet sich durch die Kompetenz in der Berufsausbildung aus. Persönliche Beziehungen hingegen sind von der eigenen Identität und Weltanschauung der Fachkraft geprägt. Die Unterscheidung zwischen der professionellen und der persönlichen Rollenbeziehung verdeutlicht, wie Fachkräfte in ihrem beruflichen Kontext sowohl aufgrund ihrer erworbenen Kompetenzen als auch aufgrund ihrer individuellen Identität agieren. Die Fähigkeit der Fachkräfte professionelle Standards und persönliche Werte in Einklang zu bringen ist hierbei von großer Bedeutung (vgl. Gahleitner 2017: 36). Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe, in dem mit hoher emotionaler Belastung zu rechnen ist, besteht die Gefahr einer Sekundären Traumatisierung der Fachkräfte. Die intensive und fordernde traumapädagogische Arbeit erfordert nicht nur fachliche Kompetenz, sondern auch emotionale Stabilität und Selbstfürsorge. Bei der Arbeit in diesem Bereich ergeben sich unbewusste und bewusste Prozesse in der Interaktion mit den Kindern und Jugendlichen, die sich auf die Arbeit mit diesen auswirken können. Deshalb wird im folgenden Kapitel näher auf diese einflussreichen Faktoren wie Bindungsdynamiken, Übertragungsphänomene sowie auf Nähe und Distanz in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen eingegangen und eine Verbindung zur Sekundären Traumatisierung geknüpft.

3.1. Einflussfaktoren bei der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen

Ein wesentlicher Bestandteil einer erfolgreichen Verarbeitung der Traumata bei Kindern und Jugendlichen stellt positive Beziehungserfahrung dieser dar. Bindung und Beziehung sind grundlegende Faktoren, die in der Traumapädagogik eine zentrale Bedeutung besitzen. Hierbei spielen verschiedene Konzepte und Ansätze eine Rolle, um eine förderliche und unterstützende Umgebung für traumatisierte Kinder und Jugendliche zu schaffen (vgl. Weiß 2021: 125). Die Beziehung zwischen sozialpädagogischer Fachkraft und traumatisierten Minderjährigen spielt daher eine wichtige Rolle. Eine unterstützende und respektvolle Beziehung kann dazu beitragen, das Selbstwertgefühl und die Selbstwirksamkeit der traumatisierten Kinder und Jugendlichen zu stärken und deren Resilienz zu fördern. Traumapädagogische Arbeit bezieht sich somit nicht nur auf die therapeutische Unterstützung, sondern auch auf die pädagogische Beziehungs- und Bindungsarbeit, die darauf abzielt, den Betroffenen eine förderliche Lern- und Entwicklungsumgebung zu bieten. Dies erfordert von den Fachkräften jedoch ein hohes Maß an Sensibilität, Einfühlungsvermögen und fachlicher Kompetenz, um angemessen auf die individuellen Bedürfnisse und Reaktionen der jungen Menschen einzugehen. Emotionale Verfügbarkeit, Herzlichkeit, Feinfühligkeit, Empathie und Selbstreflexion sind wesentliche Eigenschaften, die es Fachkräften ermöglichen, eine sichere und unterstützende Beziehung zu den Kindern und Jugendlichen aufzubauen (vgl. Scherwath/Friedrich 2012: 92). Scherwath und Friedrich zählen als

Grundorientierungen für Fachkräfte in der bindungspädagogischen Arbeit Einfühlungsvermögen, Präsenz, verbale Interaktion - also Resonanz, Unterstützung bei der Stressregulation sowie Nähe, Geborgenheit und Körperkontakt auf (vgl. Scherwath/Friedrich 2012: 83-85). Weiters hat die Resilienzforschung gezeigt, dass eine sichere Bindung zu mindestens einer Bezugsperson als zentraler Schutzfaktor für traumatisierte Kinder und Jugendliche fungiert. Eine sichere Bindung zu einer verlässlichen Bezugsperson kann dazu beitragen, die Widerstandsfähigkeit (Resilienz) dieser Kinder und Jugendlichen zu stärken und kann ihnen dabei helfen, traumatische Erfahrungen besser zu bewältigen. Daher ist eines der Hauptziele der Traumapädagogik eine sichere Bindung als Leitprinzip zu erkennen und gleichzeitig die Fachkraft zu einem sicheren Hafen für die Betroffenen zu machen (vgl. Scherwath/Friedrich 2012: 90-93). Um dies zu gewährleisten, wird seit einigen Jahren das Betreuer-System eingesetzt. Das Konzept wurde für Kinder und Jugendliche entwickelt, welche über einen längeren Zeitraum fremduntergebracht sind (vgl. Schroll 2007: 16). Durch das Konzept hat der/die Minderjährige mindestens eine Kontaktperson in der Einrichtung, welche sich intensiv um ihn/sie und seine/ihre Lebensgeschichte annimmt (vgl. Schmiege 2017: 211). Die jeweiligen Fachkräfte sind daher für eine Reihe von Funktionen verantwortlich, wie etwa der Aufrechterhaltung des Lebensumfeldes und die Gesundheitsvorsorge (vgl. ebd.). Darüber hinaus ist diese Fachkraft primäre Bezugsperson und somit wichtigste emotionale Ansprechperson und zentrale Bindungsperson für das Kind oder den/die Jugendliche*n (vgl. Unzner 2010: 58). Zusammengefasst zielt dieses Konzept auf eine dauerhafte Beziehung und sichere Bindung zwischen der sozialpädagogischen Fachkraft und dem/der Minderjährigen ab (vgl. Schmiege 2017: 211). Diese Beziehungsnähe kann jedoch Sekundäre Traumatisierung begünstigen. Problematisch ist, dass enge Arbeitsbeziehungen oft zur Konstruktion einer Rolle führen, in der die Fachkraft als Mitglied der Familie gesehen wird. Wenn die Fachkraft versucht, eine intensive Beziehung zu dem Bezugskind oder -jugendlichen aufzubauen, kann dies schließlich zu einer Situation führen, in der die Beziehung für beide Parteien untragbar wird, da die professionelle Distanz verloren geht (vgl. Richard 2020: 57).

Zusätzlich ist die Fachkraft in der Beziehung zu Kindern und Jugendlichen in Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse eingebunden. Diese beiden Begriffe beschreiben die unbewussten Gefühls- und Verhaltensmuster, die in Beziehungen auftreten können, so auch in der Beziehung Fachkraft – betreutes Kind oder Jugendlicher. In der Traumaaarbeit können Übertragung- und Gegenübertragungsprozesse besonders stark und bedeutsam sein. Übertragung ist ein psychoanalytischer Begriff (vgl. Weiß 2021: 204) und bedeutet, dass „unverarbeitete, nicht angeeignete Erfahrungen der Vergangenheit (...) mit Stellvertreterinnen und Stellvertretern im Hier und Jetzt unbewusst neu belebt [werden]“ (Trescher 2001: 173-174) Diese übertragenen Gefühle können positiv, negativ oder ambivalent sein. Nach Hans-Georg Trescher handelt es sich bei der Übertragung um die unangemessene Verlagerung einer realistischen Beziehung aus der Vergangenheit mit einem kindlichen Objekt in die Gegenwart. Für Trescher ist die Übertragung ein intrapsychischer Prozess, eine Einschränkung und Verzerrung der Wahrnehmung (vgl. Trescher 2001: 174). Nach Weiß (2021) bilden traumatisierte Kinder und Jugendliche eine spezifische Art von Übertragung, die traumatische Übertragung. Dabei handelt es sich um die gegenwärtige Reflexion der traumatischen Erfahrungen von Gewalt, Hilflosigkeit und Ohnmacht, die Kinder und Jugendliche mit ihren ehemaligen Bezugspersonen gemacht haben (vgl. Weiß 2021: 205).

Diese übertragenen Emotionen lösen bei Fachkräften eine Gegenreaktion aus, die als traumatische Gegenübertragung bezeichnet wird. Laut Frank (2010) führt die Übertragung traumatisch bedingter und tief verankerter Gefühle der Kinder und Jugendlichen dazu, dass Fachkräfte ähnliche Emotionen erleben, die oft schwer zu verstehen oder zu akzeptieren sind. Diese Re-Inszenierungen und die Berichte über traumatische Erlebnisse können bei Fachkräften belastende Gefühle wie Hilflosigkeit auslösen, die sie bis an ihre psychischen Grenzen bringen können (vgl. Frank 2010: 44-45). Solche intensiven Gegenübertragungen können dazu führen, dass Fachkräfte ihre pädagogische Identität in Frage stellen und anfälliger für Sekundäre Traumatisierung werden (vgl. Frank 2010: 42-45).

Die gängigste Interpretation des Begriffs Gegenübertragung in Verbindung mit Sekundärer Traumatisierung bzw. VT wird als die Summe der bewussten und unbewussten, positiven und negativen, verbalen und nonverbalen Reaktionen von Fachkräften auf Klient*innen definiert (vgl. Pearlman/Saakvitne 1995: 22). Gegenübertragung kann dazu führen, dass Fachkräfte auf eine Weise reagieren, die von ihren eigenen persönlichen Erfahrungen oder Emotionen beeinflusst werden anstatt aus einer rein professionellen Perspektive aus. Gegenübertragung ist nicht nur für den pädagogischen Prozess im Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen relevant (vgl. Weiß 2021: 208-209), sondern ebenfalls für den Bereich der Sekundären Traumatisierung (vgl. Lemke 2021: 82). Traumatische Gegenübertragung ist somit ein komplexes Zusammenspiel von Emotionen, Reaktionen und Verteidigungsmechanismen, das sowohl auf die Beziehung zu den betroffenen Personen als auch auf die eigene innere Dynamik der Fachkräfte Einfluss nimmt. Lemke (2021) unterscheidet hierbei zwischen proaktiver und reaktiver Gegenübertragung. Bei der proaktiven Form werden Gefühle bei der Fachkraft durch eigene vergangene Ich-Erfahrungen ausgelöst, während bei der reaktiven Gegenübertragung die Gefühle der Fachkraft die verdrängten oder verleugneten Ich-Erfahrungen der Klient*innen widerspiegeln. Besonders bei der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen kann eine reaktive, konkordante Gegenübertragung auftreten, bei der die Fachkraft die Symptome der Minderjährigen bis hin zur Sekundären Traumatisierung miterlebt (vgl. Lemke 2021: 82). Diese kann inhaltlich ähnlich sein oder sich mit den Erfahrungen der Kinder und Jugendlichen überschneiden. Identische Reaktionen passieren, wenn die traumatische Übertragung des Kindes bzw. der/des Jugendlichen von der Fachkraft empathisch behandelt wird. Auf diese Weise werden Gefühle wie Angst, Hilflosigkeit und Verwirrung von der Fachkraft wahrgenommen. Traumatische Gegenübertragung kann sich auch, als nicht sofort bewusste Reaktion, in körperlichen Symptomen wie Rückenschmerzen, Kopfschmerzen und Übelkeit bei Fachkräften äußern (vgl. Frank 2010: 44). Frank beschreibt, dass traumatische Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse oftmals unbewusst ablaufen, also nicht immer sofort oder direkt bewusst wahrgenommen werden. Weiters können sie sich auf komplexe Weise bei Fachkräften äußern, einschließlich körperlicher Symptome. Durch diese unbewusste Identifikation mit den traumatischen Erlebnissen der Kinder und Jugendlichen können Fachkräfte spezifische und oft starke Emotionen miterleben, was als konkordante Gegenübertragung bezeichnet wird. Diese intensive emotionale Beteiligung kann die Fachkraft in ihrer professionellen Identität herausfordern und sie anfälliger für Sekundäre Traumatisierung machen (vgl. ebd.: 42-45). Die beschriebenen Reaktionen von Fachkräften auf die traumatischen Übertragungen der Kinder und Jugendlichen zeigen, wie schnell erste Anzeichen einer Sekundären Traumatisierung auftreten können.

Weiters, so Frank, können Fachkräfte unbewusst die Rolle des Täters, des Zeugen oder des Beschützers übernehmen, dies kann emotionale Reaktionen und Konflikte auslösen (vgl. ebd.: 45-46). Zum Beispiel kann die Übernahme der Täterrolle intensive und belastende Reaktionen bei Fachkräften auslösen, wie z.B. stark aggressive oder sexualisierte Gefühle gegenüber den betreuten Kindern und Jugendlichen (vgl. Weiß 2021: 2006). Solche spezifischen Gegenübertragungsreaktionen, die in der Übernahme der Rolle eines Täters, Zeugen oder Beschützers münden können, zeigen deutlich, wie die Fachkraft in den traumatischen Übertragungsprozess involviert wird und so anfälliger für Sekundäre Traumatisierung wird. Erfahrungsbedingte Gefühle und Emotionen, resultierend aus der traumatischen Gegenübertragung, können Fachkräfte dazu veranlassen, die eigenen Grenzen zu überschreiten und die berufliche Rolle zu transzendieren, indem sie sich als Retter*in sehen, was zu körperlicher Erschöpfung und emotionaler Ermüdung führen kann. Fachkräfte, die aufgrund von emotionaler Ermüdung oder anderen Faktoren vulnerabler sind, können ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Sekundären Traumatisierung haben. Dies verdeutlicht die Notwendigkeit einer angemessenen Selbstreflexion und professionellen Grenzsetzung (vgl. Weiß 2021: 276-277). Die Übertragungen traumatisierter Kinder und Jugendlicher auf die Fachkraft sind in der pädagogischen Arbeit auch daher von Bedeutung, da dadurch zusätzlich zu emotionalen Informationen und Affekten der Kinder und Jugendlichen auch psychische Abwehrmechanismen, körperliche Zustände und unbewusste Erinnerungen auf die Fachkräfte übertragen werden (vgl. Wilson/Thomas 2014: 10-11). Der Prozess der traumatischen Übertragung und Gegenübertragung wird auch durch Empathie beeinflusst, welche nicht nur bei der Entstehung von Sekundärer Traumatisierung eine Rolle spielt (vgl. Wilson/Thomas 2014: 25, Daniels 2006: 17). Empathie ermöglicht Fachkräften, sich in die Emotionen und Erfahrungen traumatisierter Kinder und Jugendlicher hineinzusetzen. Empathische Offenheit seitens der Fachkräfte kann dazu führen, dass die Traumata der Minderjährigen auf die Fachkräfte übertragen werden und diese sowohl körperliche Symptome als auch emotionale Zustände dieser nachempfinden. Die Intensität dieser Übertragungsprozesse kann bei Fachkräften zu einer Bedrohung sowohl ihrer beruflichen und persönlichen Identität als auch ihrer grundlegenden Wertvorstellungen führen, was laut Pearlman und Saakvitne wiederum zu einer Sekundären Traumatisierung führen kann (vgl. Pearlman/Saakvitne 1995: 299). Die Betrachtung der Dynamiken im Übertragungs- und Gegenübertragungsprozess bietet ein weiteres Erklärungsmodell für die psychischen Prozesse der Sekundären Traumatisierung. Das Fehlen von Bewusstsein und Verständnis für diese Dynamiken, sowie das Unvermögen, mit eigenen Affekten und traumatischem Bildmaterial umzugehen, können einen Kreislauf von Gegenübertragung und Sekundärer Traumatisierung bei Fachkräften auslösen. Nicht reflektierte Gegenübertragungen können sich negativ auf die professionelle Arbeit und den Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen auswirken.

Zusammenfassend heißt dies, dass die Differenzierung zwischen den eigenen unbewussten Anteilen und denen der traumatisierten Kinder und Jugendlicher eine wichtige Kompetenz im Arbeitsalltag ist und somit präventiv auf Sekundäre Traumatisierung wirkt. Dies verdeutlicht, dass unbewusste Prozesse in pädagogischen Beziehungen erkannt und durch gezielte Selbstreflexion in das Bewusstsein überführt werden müssen. Diese Auseinandersetzung mit Übertragungs- und Gegenübertragungsdynamiken ermöglicht einerseits eine bewusstere und differenziertere Interaktion mit den Kindern und Jugendlichen

und ermöglicht andererseits den Kreislauf Gegenübertragung - Sekundäre Traumatisierung zu unterbrechen.

Eine weitere unumgängliche Aufgabe des professionellen Handelns ist das Vermitteln eines ausgewogenen Verhältnisses von Nähe und Distanz. Sozialpädagogische Fachkräfte stehen vor der Herausforderung, in ihrer beruflichen Rolle sowohl professionell zu handeln als auch gleichzeitig persönliche und emotionale Beziehungen zu Kindern und Jugendlichen aufzubauen (vgl. Dörr/Müller 2019: 14). Margret Dörr und Burkhard Müller schreiben den beiden Begriffen Nähe/Distanz das Verhältnis von Raum und Zeit zu. Der Prozess der Annäherung und Entfernung von Menschen wird metaphorisch imaginiert, um den Erfolg und Misserfolg von Interaktionen auszudrücken. Demnach sind Nähe und Distanz nicht als objektiv kalkulierbare Kategorien zu verstehen, sondern als subjektive und intersubjektive Erfahrungen in Raum und Zeit und damit veränderbar und interpretierbar. Das Phänomen Nähe/Distanz ist gleichermaßen verantwortlich für den Standpunkt, von dem aus eine Situation betrachtet wird. Es geht also nicht nur um einzelne Begriffe, sondern um das Erkennen und Anwenden geeigneter Maße von Nähe und Distanz (vgl. ebd.: 15). Ein bewusstes und ausgewogenes Nähe-Distanz-Verhältnis kann dazu beitragen, eine vertrauensvolle und förderliche pädagogische Umgebung zu schaffen, in der traumatisierte Kinder und Jugendliche ihre Ziele erreichen können, ohne dass dabei die professionelle Integrität der Fachkraft beeinträchtigt wird. In der sozialpädagogischen Arbeit ist das Nähe-Distanz-Verhältnis in der Beziehungsgestaltung zwischen sozialpädagogischen Fachkräften und Kindern und Jugendlichen somit ein wichtiger Aspekt. Die Gestaltung des Nähe-Distanz-Verhältnisses erfordert Sensibilität, Reflexion und situatives Einfühlungsvermögen seitens der sozialpädagogischen Fachkraft. Emotionale Nähe bezieht sich auf die Fähigkeit der pädagogischen Fachkraft, eine unterstützende und vertrauensvolle Beziehung zum betreuten Kind oder Jugendlichen aufzubauen. Das ermöglicht es diesem, sich zu öffnen und verstanden zu fühlen, dies fördert wiederum eine effektive Kommunikation und Zusammenarbeit. Emotionale Nähe kann dazu beitragen, dass Kinder und Jugendliche sich sicher und respektiert fühlen, was für ihre persönliche Entwicklung und ihr Lernen wichtig ist. Professionelle Distanz hingegen bezieht sich darauf, klare Grenzen und Rollen in der Beziehung zu wahren (vgl. Thiersch 2019: 51). Sozialpädagogische Fachkräfte müssen sicherstellen, dass sie nicht zu involviert oder persönlich in die Probleme der Kinder und Jugendlichen geraten, da dies die professionelle Objektivität beeinträchtigen könnte. Es ist wichtig, eine angemessene Distanz zu wahren, um eine objektive Sichtweise zu bewahren und mögliche Konflikte oder Abhängigkeitsverhältnisse zu vermeiden. Nähe allein kann zu einer Verengung des Blickfelds, zu Besessenheit und zur Schädigung von Beziehungen führen. Die potenzielle Gefahr, die mit der erforderlichen Distanz einhergeht, besteht darin, dass sie als Gleichgültigkeit oder Desinteresse interpretiert wird und sich negativ auf die professionelle Beziehung zu den Kindern und Jugendlichen auswirken kann. Daher liegt es in der Verantwortung der Fachkräfte, eine Nähe zu ihnen aufzubauen, die Verlässlichkeit und Vertrauen beinhaltet. Gleichzeitig ist es wichtig, eine adäquate Distanz zu wahren, um nicht selbst in den Mittelpunkt zu rücken, sondern den Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit zu geben, ihre Entwicklungschancen unter den gegebenen Umständen unter Anleitung zu entfalten, wenn dies gewünscht wird (vgl. Thiersch 2019: 50). Die Herausforderung liegt also darin, die Balance zwischen Nähe und Distanz zu finden, da sowohl zu viel Nähe als auch zu viel Distanz negative Auswirkungen sowohl für die Fachkraft als auch

die Kinder und Jugendlichen haben können. Die potenziellen Folgen einer zu distanzierten oder zu engen Beziehung, einschließlich Sekundärer Traumatisierung, verdeutlichen die Bedeutung einer angemessenen Balance. Die Reflexion der Fachkraft darüber, wie nahe oder entfernt man sich von den betreuten Kindern und Jugendlichen befindet, sowie die Fähigkeit zur Selbstfürsorge, sind unerlässlich, um die eigene professionelle Integrität aufrechtzuerhalten und das Wohlbefinden der Fachkraft zu gewährleisten.

Das richtige Gleichgewicht zwischen Nähe und Distanz ist daher nicht nur für die Beziehungsarbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen von Bedeutung, sondern auch für die psychische Gesundheit der Fachkräfte. Wenn Fachkräfte emotional zu stark involviert sind oder ungesunde Nähe zulassen, können sie Gefahr laufen, ihre eigenen Grenzen zu überschreiten und emotional belastet zu werden, wodurch wiederum Sekundäre Traumatisierung gefördert werden kann. Andererseits kann zu viel Distanz dazu führen, dass Fachkräfte sich von den Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen abkapseln oder sich unzureichend mit ihnen verbinden, was einem professionellen Handeln der Fachkraft im Weg steht (vgl. Thiersch 2019: 48).

Abschließend lässt sich festhalten, dass die Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen sowohl Chancen als auch Risiken in sich birgt. Ein tieferes Verständnis für die Faktoren, welche eine Sekundäre Traumatisierung beeinflussen können, ist unerlässlich, um diesen Herausforderungen kompetent zu begegnen. Das nächste Kapitel setzt sich detailliert mit den häufigsten Einflussfaktoren auseinander, die eine Entstehung von Sekundärer Traumatisierung sowohl begünstigen als auch verhindern können.

4. Risiko- und Schutzfaktoren

Sozialpädagogische Fachkräfte können, wie eben beschrieben, aufgrund einer Reihe von Faktoren Sekundäre Traumatisierung erfahren. Ihre Empathie, die direkte Exposition mit traumatischem Material und ihre persönliche Geschichte spielen dabei als Risikofaktoren eine entscheidende Rolle. Mitgefühlzufriedenheit, soziale Unterstützung und Resilienz werden hingegen als Schutzfaktoren betrachtet (vgl. Rießinger 2015: 4). Auch demografische Faktoren wie Alter, Geschlecht, Bildung und sozialer Hintergrund spielen bei der möglichen Entstehung Sekundärer Traumatisierung eine wichtige Rolle. Insbesondere jüngere und wenig erfahrene Fachkräfte scheinen anfälliger für Symptome zu sein. Mangelnde Ressourcen, fehlende Bewältigungsstrategien und persönliche Verletzlichkeit erhöhen ebenfalls das Risiko für die Entwicklung einer Sekundären Traumatisierung (vgl. Lemke 2021: 16-17). Risiko- und Schutzfaktoren, welche in der Literatur genannt werden, lassen sich in zwei Ebenen unterteilen: persönliche und institutionelle (vgl. Fröhlich-Gildhoff 2011: 90). Nachfolgend wird nun zunächst auf Risiko- und Schutzfaktoren auf persönlicher Grundlage der Fachkräfte eingegangen.

- *Empathie der Fachkräfte*²: Entscheidende Komponenten in der professionellen Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen sind, wie bereits beschrieben, Empathie und Mitgefühl. Sie bilden die fundamentale Basis für eine konstruktive und unterstützende Beziehung zu den betreuten Minderjährigen (vgl. Pryce et al. 2007: 69). Fachkräfte, die sich einfühlsam in den Schmerz und das Leid ihrer betreuten Kinder und Jugendlichen hineinversetzen, können jedoch anfällig für Sekundäre Traumatisierung sein (vgl. Pearlman/Saakvitne 1995: 296-297, Wilson/Thomas 2014: 143-146). In Kapitel 4.1. wird auf den Faktor Empathie genauer eingegangen.

Als Schutzfaktor kann hier Mitgefühlzufriedenheit - Compassion Satisfaction (CS) gesehen werden. Mitgefühlzufriedenheit bezeichnet die Freude, die aus der Arbeit mit traumatisierten Klient*innen gewonnen wird. Es ist der Grad der Zufriedenheit, der sich einstellt, wenn man anderen hilft. CS wird als Schutzfaktor betrachtet, der das Risiko der Entwicklung von Compassion Fatigue ausgleicht, es wird darin die "Resilienz des menschlichen Geistes" gesehen (vgl. Hudnall Stamm 2002: 110). In seinem Konzept der CF sieht Figley, die CS als bedeutenden Schutzfaktor bei der Entstehung von Compassion Fatigue. Auch empirische Studien wie jene von Steed und Bicknell (2001), belegen die These, dass die CS negativ mit Sekundärer Traumatisierung korreliert (zit.n. Daniels 2006: 10).

- *Vortraumatisierungen von Fachkräften*: Frühere eigene traumatische Erfahrungen der Fachkräfte werden ebenso als Risikofaktoren für die Entwicklung Sekundärer Traumatisierung genannt. Fachkräfte, welche selbst traumatische Erfahrungen gemacht haben, sei es in ihrer Kindheit oder im späteren Leben, können empfindlicher auf die traumatischen Geschichten und Erlebnisse ihrer Klient*innen reagieren. Oft engagieren sich Menschen mit eigenen traumatischen Erfahrungen in helfenden Berufen, dies kann eine wertvolle intrinsische Motivation sein, kann aber auch Risiken bergen (vgl. Figley 2015: 16). Insbesondere wenn sie ähnliche Traumata wie ihre Klient*innen erfahren haben, sind Fachkräfte anfällig für die Entwicklung einer Sekundären Traumatisierung (vgl. Figley 2002: 54, Pryce et al. 2007: 60) In der Studie von Pryce et al. zeigte sich, dass Fachkräfte im Kinderschutz, welche selbst traumatische Erfahrungen gemacht hatten, stärkere Anzeichen einer Sekundären Traumatisierung zeigten als diejenigen ohne solche Erfahrungen (vgl. Pryce et al. 2007: 156). Wenn die eigenen Traumaerfahrungen der Fachkräfte bewältigt sind, können sie dazu beitragen, dass Fachkräfte sich besser in ihre Klient*innen einfühlen können, ohne ihre eigenen Verletzungen auf sie zu übertragen. Andernfalls können eigene Traumata durch die Konfrontation mit den Traumata der Klient*innen reaktiviert werden, und dies kann zu Misstrauen, Unabgegrenztheit und anderen Symptomen führen (vgl. Figley 2002: 54). Die eigenen unverarbeiteten Traumata können sich mit den Geschichten und Erlebnissen der Klient*innen vermischen und zu einem erhöhten Maß an Belastung und emotionaler Anspannung führen. Die persönliche Betroffenheit kann dazu führen, dass Fachkräfte mit den Klient*innen mitleiden und die notwendige Distanz verlieren. Gies ergänzt, dass die Hoffnung der Fachkraft, ihre eigene psychische Verletzung durch die

² Die Wurzeln des Begriffes Empathie stammen vom altgriechischen Wort "empátheia", dies kann als intensive Gefühlsregung übersetzt werden. Aus diesem Begriff heraus bildete sich der Ausdruck "Einfühlung", dieser wurde bis zum Ende des 19. Jahrhunderts verwendet. Danach etablierte sich "Empathie" als international anerkannter Fachbegriff (vgl. Fathi 2019: 17).

Interaktionen mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen zu heilen, eine Sekundäre Traumatisierung begünstigen kann (vgl. Gies 2009: 4).

- *Identifizierung mit dem traumatisierten Kind/Jugendlichen und/oder deren Familien:* Das Ausmaß der Identifikation einer Fachkraft mit dem traumatisierten Kind, Jugendlichen oder deren Familie ist ein weiterer Einflussfaktor Sekundäre Traumatisierung betreffend (vgl. Wilson/Thomas 2014: 151, Pryce et al. 2007: 22). Die intensive Identifikation kann dazu führen, dass für die Fachkräfte die Grenzen zwischen ihrer eigenen emotionalen Befindlichkeit und der ihrer Klient*innen verschwimmen. Dies kann zu einer Übernahme der traumatischen Gefühle und Gedanken führen, was letztendlich zu einer Sekundären Traumatisierung beitragen kann. Christine Siegfried (2008) nennt mehrere Ursachen für Sekundäre Traumatisierung bei Fachkräften im Bereich des Kinderschutzes. Darunter fällt die fortgesetzte Arbeit mit Familien, in denen Kinder und Jugendliche schwerer Misshandlung, häuslicher Gewalt oder sexuellem Missbrauch ausgesetzt sind bzw. waren, ebenso die häufige Konfrontation mit emotional belastenden, detaillierten Berichten und auch darin enthaltenen Fotos der Kinder und Jugendlichen. Aber auch der Tod eines*r betreuten Minderjährigen, mit dem die Fachkraft zuvor gearbeitet hat, und der daraus resultierenden Unterstützung der trauernden Familienangehörigen kann zu einer Identifizierung mit dem Leid und in Folge zu Sekundärer Traumatisierung führen (vgl. Siegfried 2008: 1). Hinzu kommt der mögliche Glaube einer Fachkraft, den Tod oder ein vergangenes traumatisches Erlebnis der betreuten Kinder und Jugendlichen hätte durch sie verhindert werden können. Diese Erlöser- und Retterfantasien sowie eine hohe Bereitschaft zur Schuldübernahme können ebenso Risikofaktoren einer möglichen Erkrankung sein (vgl. Wilson/Thomas 2014: 108, 135). Die Entwicklung gesunder Grenzen, regelmäßige Reflexion über die eigene Befindlichkeit und Supervision sind daher wichtige Maßnahmen, um eine gesunde Distanz zu wahren und sich so vor einer Sekundären Traumatisierung zu schützen.

- *Das soziale Umfeld der Fachkräfte und ihre psychische Gesundheit:* Pearlman und Saakvitne betonten bereits 1995, dass die Entwicklung einer Sekundären Traumatisierung bei einer Fachkraft begünstigt wird, wenn sie zu Hause wenig Unterstützung etwa in der eigenen Kindererziehung durch Partner oder Angehörige erhält und daher die allgemeine Überlastung im Leben dieser Fachkraft erhöht wird (vgl. Pearlman/Saakvitne 1995: 312). Das Fehlen von sozialer Unterstützung, aber auch soziale Zurückweisung und soziale Verluste können dazu beitragen, dass Fachkräfte sekundär traumatisiert werden können. Eine unzureichende soziale Unterstützung und ein begrenztes soziales Netzwerk erhöhen allgemein das Risiko für psychische Störungen, wohingegen positive Gedanken über die Verfügbarkeit sozialer Unterstützung das Wohlbefinden steigern und Stressoren reduzieren können. Durch den sozialen Austausch können Arbeitsprobleme diskutiert werden, dadurch wird wiederum das Wohlbefinden gefördert. Im Gegensatz dazu führt mangelnde soziale Unterstützung zu einer erhöhten Verletzlichkeit, was Fachkräfte wiederum einem Risiko zur Erkrankung aussetzt (vgl. Pinquart 2011: 325). Somit zeigt sich, dass soziale Unterstützung ein wesentlicher Einflussfaktor auf die physische und mentale Gesundheit ist (vgl. Reinhard/Maercker 2004: 2). In der Literatur wird schwache soziale Unterstützung als entscheidender Faktor für die Entwicklung von PTBS betrachtet (vgl. Daniels 2006: 136,

Pryce et al. 2007: 60). Empirische Studien, wie z.B. die Metastudie von Emily J. Ozer, Suzanne R. Best, Tami L. Lipsey und Daniel S. Weiss 2003, konnten ebenfalls eine negative Korrelation zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung und PTBS-Symptomen aufzeigen (vgl. Ozer et al. 2003). Personen, die nach traumatischen Ereignissen weniger wahrgenommene soziale Unterstützung angaben, berichteten häufiger von PTBS-Symptomen. Dies könnte auch auf die Sekundäre Traumatisierung zutreffen.

Die allgemeinen Lebensumstände, einschließlich der psychischen Gesundheit, bergen zusätzliche Risiken (vgl. Pearlman/Saakvitne 1995: 312, Gies 2009: 4). Psychische Gesundheit ist definiert als ein Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person in der Lage ist, kompetent und produktiv zu arbeiten. Dazu gehört auch die Fähigkeit, mit belastenden Lebenssituationen umzugehen und zum sozialen Leben beizutragen. Der soziale Status steht in engem Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit: Menschen mit einem höheren sozialen Status haben tendenziell eine bessere psychische Gesundheit. Außerdem kann soziale und berufliche Anerkennung die Lebensbedingungen verbessern und Stress reduzieren (vgl. Pinquart 2011: 325). Nach Wilson und Thomas tragen eine geringe individuelle Stresstoleranz und schlechte Bewältigungsstrategien ebenfalls zur Entwicklung einer Sekundären Traumatisierung bei. Kompensatorische Traumabewältigungsstrategien spielen eine wichtige Rolle bei der möglichen Entwicklung von PTBS, negative Bewältigungsreaktionen erhöhen das Risiko der Entwicklung und Aufrechterhaltung posttraumatischer Symptome (vgl. Wilson/ Thomas 2004: 206). Somit kann neben der individuellen Persönlichkeit auch persönliche Resilienz als Schutzmechanismus gegen Sekundäre Traumatisierung gelten. Katja Püttker, Tamara Thomsen und Ann-Katrin Bockmann (2015) beschreiben als Schutzfaktor akkommodatives Coping als eine Art kognitiven Umdenkens (vgl. Püttker et al. 2015: 260). Dabei wird der Fokus auf die positiven Aspekte des Stressors gelegt, um emotionale Distanz zu den Klient*innen zu schaffen. Dies ermöglicht es den Fachkräften, die Situation und ihre eigenen Gefühle zu kontrollieren. Dieser Ansatz soll, durch einen Wechsel der eigenen Perspektive, eine mildernde Wirkung erzielen (vgl. ebd.). Ein methodisches Problem in der Forschung ist jedoch eine klare Grenzlinie von der Resilienz zu anderen Risiko- und Schutzfaktoren zu ziehen (vgl. Leppert et al. 2004: 1). In den meisten Studien wird Resilienz nicht direkt als eigenständiger Faktor analysiert sondern über die verschiedenen anderen Risiko- und Schutzfaktoren, die sie beeinflussen (vgl. ebd.). In Kapitel 4.2. wird hierbei noch näher auf den Faktor Resilienz eingegangen.

- *Demographische Faktoren der Fachkräfte:* Sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen weisen eine erhöhte Anfälligkeit für Sekundäre Traumatisierung auf (vgl. Lemke 2021: 17). Auch Faktoren wie geringes Einkommen und Zugehörigkeit zu einer Minderheitskultur können die Entwicklung Sekundärer Traumatisierung begünstigen (vgl. Pearlman/Saakvitne 1995: 312). Soziodemografische Faktoren, wie niedrige Sozialschicht oder Armut, erhöhen das Risiko für psychische Erkrankungen (vgl. Pinquart 2011: 320). Das Bildungsniveau und der sozioökonomische Status spielen eine Rolle bei der Entstehung von STBS. Fachkräfte mit einem niedrigeren Bildungsniveau weisen schwerere Symptome auf (vgl. Pryce et al. 2007: 127). Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass Fachkräfte mit höherem Bildungsstatus ein höheres Interesse an Fort- und Weiterbildungen aufweisen und dadurch besser auf Unterstützungsnetzwerke zurückgreifen können sowie über effektivere Bewältigungsstrategien verfügen.

Ebenso scheinen jüngere und weibliche Fachkräfte signifikant anfälliger für Sekundäre Traumatisierung (vgl. Figley 2002: 49, Gies 2009: 4). Weibliche Jugendliche sowie Frauen sind im Vergleich zu männlichen Jugendlichen und Männern anfälliger für psychische Erkrankungen, dies ist zum Teil auf die unterschiedlichen Anforderungen, Stressfaktoren und schwierigeren Entwicklungsmöglichkeiten zurückzuführen. Während biologische Erklärungen nahelegen, dass Frauen schneller auf Stress reagieren als Männer, betonen psychologische Erklärungen, dass es Frauen schwerer fällt, sich stressfrei zu halten (vgl. Pinquart 2011: 321-322). Übertragen auf Sekundäre Traumatisierung kann dies verdeutlichen, inwieweit weibliche Fachkräfte durch akkommodatives Coping und ihre Resilienz tatsächlich anfällig für STBS sind.

Die zweite Ebene der Risiko- und Schutzfaktoren, welche bei der Entstehung von Sekundärer Traumatisierung eine Rolle spielt, ist der *institutionelle Faktor*.

Fachkräfte sind häufig durch hohe Arbeitsbelastung und eine übermäßige Anzahl von Einzelfallbearbeitungen überfordert und gestresst (vgl. Pryce et al. 2007: 37). Wenn sie wiederholt traumatische Berichte von Kindern und Jugendlichen hören und lesen, können sie ohne ausreichende Erholungszeit sekundär traumatisiert werden (vgl. Perry 2014: 8). Ebenso haben unzureichend informierte Fachkräfte mit mangelnden Kenntnissen über dieses Phänomen ein erhöhtes Risiko, diese unbehandelt zu lassen, was oft dazu führt, dass viele von ihnen aufgrund Überlastung und vermeintlichem Burnout ihre Stelle aufgeben und nicht mehr in ihren Beruf zurückkehren (vgl. Pryce et al. 2007: 127). Besonders gefährdet scheinen sozialpädagogische Fachkräfte, welche in Wohngruppen mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen arbeiten, sie sind aufgrund des intensiven Kontakts und der kontinuierlichen Auseinandersetzung mit traumatischen Inhalten der Geschichten der Minderjährigen besonders vulnerabel (vgl. Gies 2009: 6). Ein fehlerhaftes institutionelles System, das wenig auf teamorientierte Unterstützung eingeht und die Stressreaktionen der Mitarbeiter*innen wenig berücksichtigt, belastet ebenso sozialpädagogische Fachkräfte und fördert daher auch die Entwicklung Sekundärer Traumatisierung (vgl. Perry 2014: 8). Eine positive Arbeitsumgebung ist oft nicht gegeben, da Ressourcen knapp sind und Sparmaßnahmen greifen (vgl. ebd.). Im Gegensatz dazu werden strukturierte und unterstützende Arbeitsplätze als Schutzmaßnahmen angesehen (vgl. Weiß 2021: 300). Die Einbindung in ein Team, das als Kraftquelle dient, professionelle Supervision und Fortbildungen können potenzielle Belastungen und somit das Entstehen Sekundärer Traumatisierung verringern. Weiß plädiert daher für „Sachkompetenz für alle“. (Weiß 2021: 304) Auch Gies empfiehlt Fachberatung und Prozessbegleitung der einzelnen Mitarbeiter*innen des Teams, um Überforderung und belastende Traumdynamiken frühzeitig zu erkennen (vgl. Gies 2009: 5).

4.1. Empathie und Sekundäre Traumatisierung

Empathie wird einerseits als "Schlüsselfaktor bei der Übertragung traumatischen Materials" betrachtet und ist andererseits jedoch unerlässlich, um die Situation des Kindes oder Jugendlichen zu verstehen (vgl. Figley 2002: 54). Auch in den verschiedenen

Theoriemodellen wird Empathiefähigkeit als besonderer Risikofaktor für Sekundäre Traumatisierung gesehen (siehe Kapitel 2.2.). Eine ausgeprägte Empathiefähigkeit scheint somit ein entscheidendes Element für die Entwicklung einer Sekundären Traumatisierung zu sein (vgl. Figley 2002: 54).

In diesem Zusammenhang gibt es zahlreiche Grundlagenansätze, die Empathie als angeborene Fähigkeit auffassen, welche sich unter dem Einfluss verschiedener Faktoren weiterentwickelt. Wie Fritz Breithaupt (2017) betont, "wissen wir, dass Empathie gelernt und eingeübt werden muss. Sie mag biologische Grundlagen haben, aber sie braucht zugleich eine Kultur, die Empathie fördert und ihr Formen gibt". (Breithaupt 2017: 12) Die Entwicklung der empathischen Fähigkeit, die zwar von Natur aus als vorhanden angenommen wird, steht aber eng mit den sozialen Erfahrungen der Person in Verbindung, insbesondere denjenigen mit den ersten Bezugspersonen. Es ist wichtig zu betonen, dass die Fähigkeit zur Unterscheidung zwischen Selbst und Anderen als Voraussetzung angesehen wird, um, statt von bloßer emotionaler Ansteckung, von Empathie sprechen zu können.

Dies untermauern auch Peter Fonagy, György Gergely, Elliot L. Jurist und Mary Target (2019). Laut ihnen ist das Vermögen auf die eigenen Vorstellungen von Gefühlen, Wünschen, Fantasien und Überzeugungen zu reagieren, erst durch die Fähigkeit zur Mentalisierung möglich (vgl. Fonagy et al. 2019: 32). Auch die Leistung, durch die Zuschreibung von mentalen Zuständen, das Verhalten anderer Menschen zu interpretieren und darauf zu reagieren (Empathiefähigkeit), ist erst mit der Mentalisierung möglich. Dieser Ansatz verdeutlicht, dass die Anlage zur Empathiefähigkeit bereits angeboren ist, jedoch die Entwicklung der Fähigkeit die Emotionen des Gegenübers zu erkennen und zu verstehen, maßgeblich durch die ersten sozialen Interaktionen, insbesondere durch die Beziehung zur primären Bezugsperson, geprägt wird (vgl. ebd.). Diese Fähigkeit, sich bewusst in die Gefühlslage einer anderen Person hineinzusetzen, legt nahe, dass Empathie als Kompetenz betrachtet werden kann, die bewusst angewendet und daher auch trainiert werden kann. Dies scheint in Verbindung mit Sekundärer Traumatisierung interessant, da Empathie ein wichtiger Bestandteil der Unterstützung von traumatisierten Personen ist, jedoch ein hohes Maß an Bewusstsein und Selbstfürsorge von den Fachkräften erfordert, um die negativen Auswirkungen einer Sekundären Traumatisierung zu minimieren.

Das anfängliche rein emotionale Verständnis von Empathie wird im Kontext der Psychotherapie um eine kognitive Komponente erweitert, in diesem Fachbereich traten besonders Carl Rogers und Heinz Kohut hervor. Bis heute ist der Einfluss von Carl Rogers auf das allgemeine sowie spezifisch therapeutische Verständnis von Empathie sowie auf entsprechende Forschungsbewegungen bedeutend (vgl. Gerdes et al. 2010: 2328). Rogers bezeichnete Empathie als "einfühlsames Verstehen" und betonte, dass sie eine notwendige Voraussetzung für eine erfolgreiche therapeutische Beziehung zu den Klient*innen darstellt. In der Forschung wird seit Rogers und Kohut zwischen kognitiver und emotionaler oder affektiver Empathie unterschieden. Ebenfalls wird seitdem diskutiert, ob Empathie hauptsächlich von kognitiven oder emotionalen Faktoren geprägt wird. In den meisten Untersuchungen wird jedoch davon ausgegangen, dass eine Wechselwirkung dieser beiden Komponenten besteht und Empathie somit als multidimensionales Konstrukt mit sowohl emotionaler als auch kognitiver Dimension betrachtet werden kann (vgl. ebd.).

Emotionale oder affektive Empathie

Diese Dimension der Empathie bezieht sich darauf, dass eine Person, ausgelöst durch einen affektiven Reiz, emotional auf die gezeigten Gefühle einer anderen Person reagiert und ähnliche Gefühle empfindet wie diese (vgl. Schmetkamp 2019: 24). Dieser Prozess beinhaltet eine Art von Gefühlsansteckung, bei der die Person ähnliche Emotionen wie ihr Gegenüber erlebt, ohne dass es einer bewussten Perspektivenübernahme bedarf oder ein kognitives Verständnis der Situation vorhanden sein muss (vgl. Roth 2016: 2). Jedoch setzt die emotionale Empathie ein entwickeltes Ich-Bewusstsein voraus, das es ermöglicht, zwischen den eigenen und den fremden Emotionen zu unterscheiden (vgl. Altmann 2015: 8). Diese Fähigkeit zur Selbst- und Fremdwahrnehmung ist entscheidend, um das beobachtete Verhalten als Ausdruck des emotionalen Zustands des Gegenübers zu erkennen und die Ursprünge der empfundenen Emotionen nachzuvollziehen. Somit kann emotionale Empathie von reinem Gefühls-Matching abgegrenzt werden. Emotionale oder affektive Empathie ermöglicht es einer Person, den psychologischen Zustand oder die Gefühle eines anderen subjektiv zu erleben und daran teilzuhaben (vgl. Jeffrey 2016: 447). Das gemeinsame Erleben von Emotionen kann zu empathischem Stress oder Besorgnis führen, was oft zu vermehrtem unterstützendem Verhalten führt (vgl. ebd.). Beim affektiven Matching erlebt der Empathisierende ähnliche Emotionen wie die andere Person, wobei auch kognitive Bewertungen und Vorstellungskraft eine Rolle spielen.

Kognitive Empathie

Die kognitive Komponente der Empathie bezeichnet einen bewussten Prozess des Verstehens und Nachvollziehens der Gedanken anderer (vgl. Altmann 2015: 7). Hierbei spielt die „Theory of Mind“ eine entscheidende Rolle, da sie den Zugang zu anderen Personen öffnet, basierend auf dem erlernten Wissen, das bereits in frühen Lebensjahren erworben wurde (vgl. Schmetkamp 2019: 105). Die Theory of Mind beruht auf der wesentlichen Fähigkeit des Menschen, die mentalen Zustände anderer zu erkennen, zu reflektieren und zu interpretieren. Dieses Verständnis ermöglicht es, die Emotionen anderer sachlich und logisch zu erschließen, anstatt sie nur rein affektiv zu erleben (vgl. Altmann 2015: 7). Kognitive Empathie kann daher als Methode verstanden werden, um die emotionalen Zustände anderer zu analysieren und zu bewerten. Dies ermöglicht es der Person eine andere Perspektive als sein Gegenüber einzunehmen und ist somit zentrales Element der Empathiekompetenz.

David Jeffrey (2016) beschreibt kognitive Empathie als Fähigkeit, die Gefühle und Perspektiven einer anderen Person aus einer objektiven Haltung heraus zu erkennen und zu verstehen (vgl. Jeffrey 2016: 447). Diese Fähigkeit unterscheidet Empathie von Sympathie und Mitgefühl. Kognitive Empathie wurde weiters als "losgelöste Betroffenheit" von ihm beschrieben und als Vermögen, ohne persönliche emotionale Reaktion, die Erfahrungen einer anderen Person zu verstehen. Es handelt sich um eine aktive Fähigkeit, die erworben und gefördert werden kann (vgl. ebd.).

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Anerkennung von Empathie als komplexem, multidimensionalem Konzept, das affektive und kognitive Elemente umfasst, entwickelte Mark Davis 1980 den Interpersonal Reactivity Index (IRI). Dieser Selbstbeurteilungsfragebogen

ist darauf ausgelegt, individuelle Unterschiede in der Empathiefähigkeit präzise zu erfassen. Die zentrale Annahme besagt, dass Empathie aus unterschiedlichen Komponenten besteht, die zwar allesamt das Reagieren auf andere beeinflussen, jedoch konzeptionell klar voneinander abzugrenzen sind. Die Persönlichkeitspsychologie hat sich vermehrt auf Messmethoden wie den IRI ausgerichtet, was das Verständnis von Empathie als zweigeteiltes Konstrukt aus kognitiven und affektiven Elementen weiter intensiviert hat (vgl. Altmann 2015: 9-10). Die Struktur des IRI Fragebogens ermöglicht es, die kognitiven Fähigkeiten zur Perspektivenübernahme und die emotionale Reaktivität getrennt zu messen. Davis hebt hervor, dass diese Differenzierung erforderlich ist, um die spezifischen Einflüsse von Empathie auf das Verhalten präzise zu analysieren. Persönlichkeitsfragebögen, die diese Unterscheidung nicht berücksichtigen, könnten Schwierigkeiten bei der eindeutigen Interpretation der Auswirkungen von Empathie auf das menschliche Verhalten haben. Ohne eine separate Betrachtung ist es schwer abzuschätzen, wie unabhängig diese Qualitäten agieren und inwieweit sie sich gegenseitig beeinflussen (vgl. Davis 1980: 13-17). Im Jahr 2007 führte Christoph Paulus die deutsche Übersetzung des IRI durch und entwickelte daraus den Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen (SPF), wobei zur Verbesserung der Auswertung sämtliche negativ formulierten Items eliminiert wurden. Diese optimierte Version erfasst ebenfalls alle vier Facetten der Empathie, die von Davis (1980) identifiziert wurden: emotionale oder affektive Aspekte wie emotionale Sorge (EC) und Persönlicher Stress (PD), sowie Perspektivenübernahme (PT) und die Fantasy-Skala (FS) als kognitive Aspekte. Insbesondere die Fantasy-Skala ist umstritten, da ihre Items sowohl kognitive ("Ich kann mir die Gefühle einer Person in einem Roman sehr gut vorstellen") als auch affektive ("Ich lasse mich wirklich auf die Gefühle der Figuren in einem Roman ein") Formulierungen aufweisen. Paulus rät daher davon ab, eine Gesamtnote zu bilden, sondern empfiehlt, die vier Dimensionen der Empathie separat zu betrachten (vgl. Paulus 2023: 121).

Die Untersuchung von Davis (1980) ergab, dass Frauen im Vergleich zu Männern signifikant höhere Werte auf allen vier Subskalen des IRI aufwiesen, dies stimmte mit anderen Maßen für empathische Tendenzen überein. Besonders gering war der Unterschied zwischen den Geschlechtern in Bezug auf die Perspektivenskala (PT). Dies deutet laut Davis darauf hin, dass bei Erwachsenen eine ausgeprägtere Neigung zur Perspektivenübernahme mit weniger persönlichem Leid angesichts der Erfahrungen anderer und einem stärkeren Mitgefühl für diese einhergeht (vgl. Davis 1980: 17). Des Weiteren entspricht das Muster der Geschlechtsunterschiede dem allgemeinen Trend in der Empathieforschung. Frauen zeigen insgesamt eine höhere emotionale Reaktivität, was sich auch in der Fantasieskala widerspiegelt, während Männer hier weniger stark auftreten (vgl. Davis 1980: 18).

Forschungsergebnisse belegen mittlerweile den empirischen Unterschied zwischen kognitiver und emotionaler Empathie im Kontext der Untersuchung mit Sekundärer Traumatisierung. Eine deutsche Studie aus dem Jahr 2015 verdeutlichte, dass Sekundäre Traumatisierung signifikant positiv mit emotionaler Empathie korreliert, jedoch keine signifikante Korrelation mit kognitiver Empathie aufweist (vgl. Püttker et al. 2015: 259). In einer neueren Untersuchung, die die Beziehung zwischen kognitiver Empathie, Burnout und Sekundärer Traumatisierung erforschte, wurde eine geringfügig negative Korrelation zwischen kognitiver Empathie und Burnout festgestellt, jedoch kein Zusammenhang zwischen kognitiver Empathie und Sekundärer Traumatisierung (vgl. Laverdière et al. 2019: 50). Die Analyse

von Laverdière et al. in Bezug auf Empathie bei Fachkräften im Bereich psychischer Gesundheit mit unterschiedlicher Berufserfahrung, ergab verschiedene Ergebnisgruppen. Neben dem Geschlecht der Fachkraft wurden beruflicher Hintergrund und theoretische Spezialisierung als Faktoren identifiziert, welche die Empathie beeinflussen. Die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme nahm mit zunehmender Berufserfahrung zu, während die Fantasiefähigkeit, das Mitgefühl und der eigene Stress abnahmen (vgl. Steinmair et al. 2021: 254).

Empathie fungiert in jedem Fall als bedeutende Ressource für jene, die Traumatisierten beistehen. Sie erleichtert das Verständnis und die Bewertung ihrer Herausforderungen sowie die Gestaltung angemessener Behandlungsansätze. Figley unterstreicht ebenfalls, dass Empathie eine essenzielle Voraussetzung für professionelle Arbeit ist (vgl. Figley 2002: 54). Dennoch kann Empathie gleichzeitig zur Entstehung von Sekundärer Traumatisierung beitragen, wie bereits in Kapitel zwei erläutert wurde. Alle Theoriemodelle zur Sekundären Traumatisierung postulieren, dass ausgeprägte Empathiefähigkeit ein besonderer Risikofaktor für die Entstehung ist. Die Verbindung von Empathie und Sekundärer Traumatisierung erfordert von Fachkräften bewusste Selbstfürsorge. Fachkräfte müssen Mechanismen finden, um sich zu schützen und ihre eigenen emotionalen Bedürfnisse zu erfüllen, um ein gesundes Gleichgewicht zwischen Empathie und Selbstschutz aufrechtzuerhalten.

4.2. Resilienz und Sekundäre Traumatisierung

Der Begriff Resilienz bezeichnet die emotionale Widerstandsfähigkeit einer Person sowie die Fähigkeit, belastende Lebenssituationen zu überstehen, ohne langfristige Beeinträchtigungen zu erleiden. Im deutschsprachigen Raum ist die Begriffsdefinition von Corina Wustmann allgemein anerkannt. Diese bezieht sowohl äußerliche als auch geistige Kriterien mit ein und definiert Resilienz als „die psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber biologischen, psychologischen und psycho-sozialen Entwicklungsrisiken“. (Wustmann 2004: 18, zit. n. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 10) Rosmarie Welter-Enderlin nannte, aus Sicht der Entwicklungspsychologie, Resilienz als „die Fähigkeit von Menschen (...), Krisen im Lebenszyklus unter Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass für Entwicklung zu nutzen“. (Welter-Enderlin 2012: 13, zit. n. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 10) Frühere Annahmen, dass Resilienz eine angeborene Persönlichkeitseigenschaft sei, haben sich mittlerweile gewandelt. Die zunehmende Forschung zeigt Resilienz als Prozess oder Ergebnis eines Prozesses. Resilienz wird als Fähigkeit oder Kompetenz definiert, welche sich in einem Interaktionsprozess zwischen Personen und Umwelt entwickelt (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 10). Das bedeutet, dass Resilienz somit keine Eigenschaft der Persönlichkeit ist, sondern immer verknüpft ist mit einer Risikosituation und der damit verbundenen positiven Bewältigung aufgrund vorhandener Verarbeitungsfähigkeiten (vgl. ebd.). Resilienz ist variabel in ihrem Auftreten und ihrem Ausmaß, sie bietet keine Immunität gegenüber Risikofaktoren und Belastungen. Die Resilienz eines Menschen kann zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Lebensverlauf variieren, wobei in bestimmten Phasen eine höhere Widerstandsfähigkeit

und in anderen eine geringere ausgeprägt sein kann. Neueste Entwicklungen in diesem Bereich betonen, dass Resilienz einem dynamischen Ansatz folgt, der durch verschiedene psychologische Mechanismen, wie veränderte Einstellungen und Gedanken, Selbstreflexion, Zukunftsplanung und veränderte Selbstwirksamkeit, mit der emotionalen Regulation vereint ist (vgl. Hernández-Wolfe 2018: 6). Diese Veränderungen führen zu einer gesteigerten Fähigkeit, mit Stress umzugehen und sich anzupassen. Resilienz kann daher je nach den Erfahrungen und Lebensumständen einer Person variieren. Aufgrund dieser Variabilität ist sie, wie Klaus Fröhlich-Gildhoff und Maïke Rönna-Böse betonen, kein dauerhafter Sicherheitsfaktor im Leben einer Person (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönna-Böse 2019: 10). Hierzu gibt es zunehmend Hinweise darauf, dass Männer im Erwachsenenalter empfindlicher und stärker auf Risikobelastungen reagieren können als Frauen. Das könnte darauf zurückzuführen sein, dass Frauen ihre Gefühle eher offen ausdrücken, und wissen, wo und „welche Unterstützung sie in belastenden Situationen benötigen“. (Fröhlich-Gildhoff/Rönna-Böse 2019: 27) Für die Resilienzforschung und die Beschreibung dieses Konzepts sind Risiko- und Schutzfaktoren, welche Resilienz bedingen, sowie, aufgrund ihrer Komplexität, auch die Interaktion zwischen diesen Faktoren von großer Bedeutung (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönna-Böse 2019: 21). Risikofaktoren gegen Resilienzbildung werden, je nach Kontext, in zwei Hauptgruppen von Merkmalen unterschieden: personenbezogene Vulnerabilitätsfaktoren, welche biologische und psychologische Merkmale umfassen, sowie Stressoren, die in der psychosozialen Umwelt eines Menschen auftreten (vgl. ebd.). Schutzfaktoren werden in der Literatur auch unter protektiven Faktoren, Resilienzfaktoren, Ressourcen oder förderlichen Bedingungen geführt. Sie dienen grundsätzlich dazu, Risiken zu mindern und die Entwicklung zu fördern (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönna-Böse 2019: 28). Schutzfaktoren oder risikomindernde Faktoren müssen zeitlich vor den risikoe erhöhenden Faktoren auftreten, um deren Wirkung zu mildern. Materielle Ressourcen, persönliche Stabilität und wahrgenommene Sicherheit der betroffenen Person haben ebenfalls einen signifikanten Einfluss auf das Konstrukt Resilienz. Schutz- und Risikofaktoren können sich nicht gegenseitig ausgleichen bzw. aufheben, da sie sich in einem komplexen Wechselspiel beeinflussen (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönna-Böse 2019: 34). Es ist hierbei wichtig anzumerken, dass, aufgrund der Individualität der Menschen, nicht immer klar abgrenzbar ist, welche Faktoren als Risiko und welche als Schutz für die jeweilige Person anzusehen sind, daher kann auch die Anzahl der jeweiligen Faktoren nicht gegeneinander ausbalanciert werden (vgl. Fröhlich-Gildhoff, Rönna-Böse 2019: 33). Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass insbesondere verschiedene Wirkmechanismen (Alter, Geschlecht, kultureller Hintergrund) das Zusammenspiel von Risiko- und Schutzfaktoren in der Resilienzfähigkeit beeinflussen.

In Bezug auf die Rolle der Resilienz bei der Prävention von Sekundärer Traumatisierung führte Daniel P. David 2012 im Zuge seiner Dissertation eine Fragebogenstudie durch, mit der er das Thema klinische Traumaarbeit aus einer positiven, resilienzbezogenen Perspektive betrachtete. Nachfolgend seien seine Erkenntnisse kurz erläutert.

Laut David gibt es eine Verbindung zwischen Resilienz und Sekundärer Traumatisierung im Kontext der Arbeit von Fachkräften und traumatisierten Klient*innen. Einige der gemeinsamen Variablen, welche sowohl für Resilienz als auch für Sekundäre Traumatisierung charakteristisch sind, können als konzeptionelle Verknüpfung betrachtet werden. Trauma, als unabhängige Variable, fungiert als Stressor für die betroffene Person und kann eine

Reihe von Reaktionen auslösen, die sowohl zu Resilienz als auch zu Sekundärer Traumatisierung führen kann. Demografische Faktoren spielen dabei eine Rolle, wie die Person auf den Trauma-Stressor reagiert (vgl. David 2012: 73). Diese demografischen Variablen umfassen: Geschlecht (weiblich/männlich/transgender), Anzahl der Jahre an Erfahrung in der Arbeit mit Trauma-Klient*innen, Anzahl der behandelten Trauma-Klient*innen in der Praxis, persönliche Traumageschichte der Fachkraft sowie deren beruflicher Abschluss bzw. deren Ausbildung (vgl. David 2012: 74).

Sowohl Resilienz als auch Sekundäre Traumatisierung beinhalten das Verständnis adaptiver Bewältigungsmechanismen innerhalb der betroffenen Personen. Die Fähigkeit oder Unfähigkeit sich an traumatischen Stress anzupassen bestimmt, ob diese Person Resilienz entwickelt oder Sekundäre Traumatisierung erfährt. Eine Variable, die sowohl Resilienz als auch Sekundäre Traumatisierung verbindet, ist die Anpassungsfähigkeit. Positive Anpassungsfähigkeit erleichtert Resilienz, während mangelnde Anpassungsfähigkeit oder eine unzureichende Anpassung zu Sekundärer Traumatisierung führen kann (vgl. David 2012: 85). Laut David (2012) gibt es eine potenzielle Korrelation zwischen Sekundärer Traumatisierung und Resilienz, da beide durch ihre funktionalen Ergebnisse definiert werden. Resilienz wird hierbei ebenfalls als dynamischer Prozess definiert, der positive Anpassungen inmitten von Widrigkeiten einschließt und die Fähigkeit besitzt, trotz Risiken ein gesundes Maß an psychischer und physischer Funktion aufrechtzuerhalten (vgl. David 2012: 90). Im Gegensatz zur Resilienz wird Sekundäre Traumatisierung als das Risiko einer Beeinträchtigung der persönlichen und beruflichen Funktionsfähigkeit identifiziert, welches bei Fachkräften auftreten kann, die mit Traumaüberlebenden arbeiten. Das Verständnis der Beziehung zwischen Sekundärer Traumatisierung und Faktoren, welche die Resilienz fördern, ist daher entscheidend (vgl. David 2012: 91). Die Identifizierung der Faktoren, die dazu beitragen, dass Fachkräfte widerstandsfähig bleiben, während sie mit den Herausforderungen von Traumata konfrontiert sind, ist von entscheidender Bedeutung für die Prävention Sekundärer Traumatisierung. Es ist wichtig, zu verstehen, wie man sich vor den negativen Auswirkungen Sekundärer Traumatisierung schützen kann, um sicherzustellen, dass Fachleute und ihre Klient*innen geschützt sind (vgl. David 2012: 95). Gängige Präventionsmaßnahmen gegen Sekundäre Traumatisierung sind daher unter anderem Resilienztraining, Copingstrategien, Training von Problemlösungsfähigkeiten für die Bewältigung extremer Belastungen, Wahrung emotionaler Distanz, fundierte Ausbildung und Berufserfahrung, Supervision, Peer-Interaktion und kognitive Umdeutung (vgl. Püttker et al. 2015: 256, Rixe/Luderer 2017: 228). Ein Konzept, welches als Schutz vor Sekundärer Traumatisierung definiert ist und die Selbstfürsorge mit dem Ziel der Aufrechterhaltung der Resilienz in den Mittelpunkt stellt, ist beispielsweise das "ABC der Selbstfürsorge" von Pearlman und Saakvitne (vgl. Doppelfeld 2016: 200).

Fachkräfte können jedoch durch ihre Arbeit mit traumatisierten Klient*innen auch positiv beeinflusst werden, wie Forschung verdeutlicht. Zur Erklärung dieses Phänomens wurde 2007 das Konzept der Vicarious Resilience (VR), also stellvertretenden Resilienz, von Pilar Hernández, David Gangsei und David Engstrom eingeführt. VR beschreibt die positiven Auswirkungen und das persönliche Wachstum von Fachkräften und ist in die Resilienztheorie als ein stellvertretender Lernprozess eingebettet, der durch die positiven Anpassungen der Klient*innen ermöglicht wird (vgl. Hernández-Wolfe 2018: 5). Die Studie dazu basiert

auf Untersuchungen mit Familien und Einzelpersonen in Kolumbien, die traumatische Ereignisse wie Entführungen, Folter und/oder Übergriffe im Kontext des bewaffneten Konflikts dieses Landes erlebt hatten, sowie deren Therapeut*innen. Die Forscher*innen erfassten die Komplexität des psychotherapeutischen Prozesses bei der Behandlung von Folterüberlebenden (vgl. Hernández-Wolfe 2018: 3-4).

VR beruht auf einer Zusammenführung von vier Aspekten der klinischen Theorie, Forschung und Praxis. Der erste Aspekt verknüpft die stellvertretenden Auswirkungen der traumabasierten Geschichten und Erfahrungen der Überlebenden auf die Fachkräfte. Dieses Phänomen wurde bereits vor allem durch Konzepte wie Vicarious Traumatization (VT), secondary traumatic stress disorder (STSD) und Compassion Fatigue (CF) untersucht. Der zweite Aspekt betrifft die Resilienz, hier wurde der Zugriff von Traumaüberlebenden auf deren individuelle Anpassungsprozesse und Bewältigungsmechanismen untersucht. Der dritte Bereich betrifft politisch motivierte Gewalt, und der vierte befasst sich mit Fragen der Gerechtigkeit, der kulturellen Aspekte und der internationalen Traumabewältigung (vgl. ebd.).

Darüber hinaus untersuchten die Forscher*innen zusammen mit Kyle Killian 2014 den Zusammenhang zwischen VT und VR, und auch inwieweit beide Konzepte koexistieren. Ihr Fazit war, dass Traumatherapeut*innen potenziell positiv durch die Traumata und die Resilienz ihrer Klient*innen beeinflusst werden können. VT- und VR-Prozesse treten natürlich und gleichzeitig bei Therapeut*innen auf, da die Fachkräfte als empathische Zuhörer*innen sowohl mit traumatischen Geschichten als auch dem Einfallsreichtum und der Anpassungsfähigkeit ihrer Klient*innen konfrontiert sind. Beide Phänomene treffen auf die Therapeut*innen, wobei das Ausmaß, in dem dies geschieht, von Faktoren wie der Länge und Intensität der Geschichten, den eigenen Ressourcen der Therapeut*innen und dem Kontext, in dem die Therapie stattfindet, beeinflusst wird (vgl. Hernández-Wolfe 2018: 7). Die VR verdeutlicht somit, wie sich sowohl negative als auch positive Entwicklungen bei Klient*innen auf die Fachkräfte auswirken können, wodurch persönliches Wachstum, eine erhöhte Resilienz usw. bei den Fachkräften durch die positive Entwicklung der Klient*innen ebenfalls gefördert werden können. Sie befinden sich in einer Beziehung, in der sie sich gegenseitig beeinflussen. Die Betonung der Reziprozität, also der Wechselbezüglichkeit, in der sozialpädagogischen Beziehung ermöglicht es, den Prozess zu schätzen, zu begleiten und zu verstehen, wie Fachkräfte selbst von den betreuten Kindern und Jugendlichen lernen und sich gemeinsam mit ihnen verändern können (vgl. Hernández-Wolfe 2018: 6).

5. Darstellung des Analyseplans

Aufgrund der Erkenntnisse aus dem theoretischen Teil der vorliegenden Arbeit und um die eingangs genannte Forschungsfrage: „Inwieweit lässt sich Sekundäre Traumatisierung bei sozialpädagogischen Fachkräften in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen durch Faktoren wie Resilienz und Empathie vorhersagen?“ sowie die Subfragen zu beantworten, wurde eine quantitative Untersuchung durchgeführt. Nachfolgend wird in diesem Kapitel der Analyseplan vorgestellt, welcher die erläuterten theoretischen und empirischen Erkenntnisse aufgreift und mithilfe von Hypothesen versucht, den Forschungsfragen

nachzugehen.

Wie bereits angeführt, weist die bisherige Forschung wenig konkrete bzw. inkonsistente Aussagen zu Auftreten, Schweregrad und Prävalenz von Sekundärer Traumatisierung im Bereich der Sozialen Arbeit auf (vgl. Elwood et al. 2011: 35). Dies gilt ebenso für die Zusammenhänge zwischen Sekundärer Traumatisierung und Empathie sowie Resilienz. Pryce et al. (2007) verweisen auf die zahlreichen offenen Fragen in Bezug auf den Zusammenhang zwischen den individuellen Merkmalen einer Fachkraft und der Entwicklung einer Sekundären Traumatisierung (vgl. Pryce et al. 2007: 135-138). Weiters führt der Fachkräftemangel in der Sozialpädagogik und Sozialen Arbeit zu erheblichen zusätzlichen Belastungen für bestehendes Personal. Diese zusätzlichen Herausforderungen sind vielfältig und gehen über die bloße Schwierigkeit hinaus, offene Stellen zu besetzen. Österreich sieht sich, ebenso wie Deutschland, mit einem akuten Mangel an sozialpädagogischen Fachkräften konfrontiert, was die Besetzung offener Stellen aus verschiedenen Gründen erschwert (vgl. Höllmüller 2022: 344). Diese hohe Fluktuation und die damit verbundenen Personalengpässe führen zu einer Mehrbelastung des verbleibenden Personals. Dies kann zu einem erhöhten Stressniveau und einem höheren Risiko für psychische Erkrankungen bei den Fachkräften beitragen, wodurch wiederum die Fluktuation weiter verstärkt wird (vgl. Theile 2018: 609-612).

Gerade die Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen ist aber aufgrund der strukturellen Belastungen besonders stressauslösend (vgl. Sängler/Udolf 2012: 142). Aus den angeführten Gründen und auch aufgrund der geringen Forschungslage in diesem Bereich ist gerade der Blick auf österreichische sozialpädagogische Fachkräfte wichtig und macht eine Erforschung des Ausmaßes dieser Faktoren in einer solchen Stichprobe gewinnbringend. Entsprechend liegt der Hauptfokus der vorliegenden Arbeit darauf.

Nachfolgend werden die zu untersuchenden Fragestellungen anhand der Hypothesendarstellung genauer beschrieben. Die jeweiligen Items können dem Fragebogen (siehe Anhang A) entnommen werden.

5.1. Subfrage 1

In welchem Ausmaß weisen sozialpädagogische Fachkräfte Symptome Sekundärer Traumatisierung auf und wie hängen diese mit persönlichen Charakteristika zusammen?

Um zunächst einen Einblick darin zu erhalten, in welchem Ausmaß Symptome Sekundärer Traumatisierung bei der Stichprobe vorliegen, werden die jeweils ermittelten Werte der einzelnen Gesamtskalen des Fragebogens zur Sekundären Traumatisierung einer Häufigkeitsanalyse unterzogen.

Bezugnehmend auf die persönlichen Charakteristika einer sozialpädagogischen Fachkraft werden in der Literatur zusätzlich zu den Faktoren Empathie und Resilienz auch weitere genannt, welche Einfluss auf die Entstehung einer Sekundären Traumatisierung nehmen. Zu den persönlichen Risikofaktoren zählen sowohl Alter und Geschlecht als auch eigene traumatische Erlebnisse. Die Bewältigung früherer traumatischer Erfahrungen der

Fachkräfte kann deren Anfälligkeit für Sekundäre Traumatisierung beeinflussen. In allen Theoriemodellen zur Sekundären Traumatisierung wird eine Vortraumatisierung der Fachkraft als Vulnerabilitätsfaktor bezeichnet (vgl. Figley 2002: 54, Daniels 2006: 9, Pearlman/Saakvitne 1995: 33).

Die ungerichtete Zusammenhangshypothese wird mit dem Cramer-V Test analysiert.

Hypothese 1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen den eigenen traumatischen Erfahrungen und der Ausprägung Sekundärer Traumatisierung bei Fachkräften der Sozialen Arbeit.

Laut Figley und Gies würden weibliche und jüngere Fachkräfte eine erhöhte Anfälligkeit für Sekundäre Traumatisierung zeigen (vgl. Figley 2002:49, Gies 2009: 4).

Die gerichteten und ungerichteten Zusammenhangshypothesen werden mit dem Cramer-V Test analysiert. Hierfür wird für Hypothese 3 das Alter der Befragten in die Variablen „Jung“ (20-40 Jahre) und „Alt“ (41-61 Jahre) geteilt.

Hypothese 2: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht der Fachkräfte und deren Ausmaß an Sekundärer Traumatisierung.

Hypothese 3: Je jünger die Fachkräfte, desto höher ist das Ausmaß an Sekundärer Traumatisierung.

Paulus (2023) zeigt in Bezug auf die Empathiefähigkeit von Erwachsenen auf, dass einerseits ältere Erwachsene die Emotion besser regulieren können als jüngere Erwachsene, andererseits es jedoch auch Hinweise darauf gibt, dass bei älteren Menschen die Verarbeitung von Informationen in komplexen emotionalen Prozessen abnimmt (vgl. Paulus 2023: 113). Während emotionale Faktoren stark genetisch bedingt und stabil sind, hängt die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme von der kognitiven Entwicklung ab (vgl. Paulus 2023: 112). Die emotionalen Faktoren unterscheiden sich zwischen den Altersgruppen kaum, was die Stabilität der emotionalen Empathie bestätigt. Daniel Grünh, Kristine Rebucal, Manfred Diehl, Mark Lumley und Gisela Labouvie-Vief (2008) zeigten in ihren Analysen auf, dass empirische Befunde zu Altersunterschieden und altersbedingten Veränderungen der Empathie gemischt sind.

Die nachfolgende Hypothese wird mit dem Chi²- Test analysiert.

Hypothese 4: Es gibt einen Unterschied zwischen älteren und jüngeren Fachkräften hinsichtlich der emotionalen Empathiewerte.

Dagmar Steinmair, B. Fink, E. Horvath, Karin Matuszak-Luss und Henriette Löffler-Stastka (2021) postulieren, dass die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme mit zunehmender Berufserfahrung steigt, hingegen alle anderen Teilbereiche abnehmen (vgl. Steinmair et al. 2021: 254). Daher scheint es aufschlussreich, den Gesamtwert der Empathie zusammengefasst in Hinblick auf Berufserfahrung zu analysieren.

Die Analyse der gerichteten Hypothese erfolgt mithilfe einer bivariaten Korrelation nach Pearson.

Hypothese 5: Je höher die Anzahl an Berufsjahren, desto höher die Empathie.

In Bezug auf Resilienz beschreibt David (2012), dass demografische Faktoren wie Alter, Geschlecht, aber eben auch die Berufserfahrung Resilienz beeinflussen können (vgl. David 2012: 73), ohne jedoch nähere Ausführungen zur Berufserfahrung zu machen. In der vorliegenden Literatur scheint eine Verknüpfung der Faktoren Berufserfahrung in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen mit den Werten der Resilienz bisher nur ungenau gegeben. Ein tieferes Verständnis dafür, wie Berufserfahrung mit Resilienz zusammenhängt, könnte dazu beitragen, Präventionsstrategien zu entwickeln. Fachkräfte, welche resilient sind, bleiben eher in ihrem Berufsfeld. Berufserfahrung könnte somit eine entscheidende Rolle dabei spielen, Resilienz zu entwickeln und zu stärken, was wiederum die Effektivität der Interventionen erhöht.

Die Analyse der nachfolgenden ungerichteten Hypothese erfolgt mithilfe einer bivariaten Korrelation nach Pearson.

Hypothese 6: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Anzahl an Berufsjahren einer Fachkraft und deren Resilienz.

5.2. Subfrage 2

Wie hängen die individuelle Resilienz und Empathiefähigkeit sozialpädagogischer Fachkräfte mit den Symptomausprägungen der Sekundären Traumatisierung zusammen?

Empathiefähigkeit wird in allen Theoriemodellen einheitlich als Risikofaktor für Sekundäre Traumatisierung gesehen. Fachkräfte, welche eine hohe Empathiefähigkeit besitzen, zeigen ein erhöhtes Risiko für Sekundäre Traumatisierung (siehe etwa Pearlman/Saakvitne 1995; Wilson/Thomas 2014). Nach Aufspaltung der Empathiewerte in emotionale und kognitive Komponenten zeigt sich, dass hohe emotionale Werte bei Fachkräften einen Risikofaktor für die Entstehung Sekundärer Traumatisierung darstellen. Hohe kognitive Werte sollten hingegen einen negativen Zusammenhang mit der Entstehung haben, da das rationale Verstehen und die Perspektivenübernahme helfen, die eigene Sichtweise zu ändern und somit Entlastung zu schaffen (vgl. Püttker et al. 2015: 260, Laverdière et al. 2019: 50). Die nachfolgende ungerichtete Hypothese wird mithilfe einer bivariaten Korrelation nach Pearson analysiert.

Hypothese 7: Es besteht ein Zusammenhang zwischen emotionaler Empathie und Sekundärer Traumatisierung, während kognitive Empathie negativ mit Sekundärer Traumatisierung korreliert.

David (2012) wiederum argumentiert, dass adaptive Bewältigungsmechanismen, welche die Anpassungsfähigkeit fördern, dazu beitragen können, Sekundäre Traumatisierung zu verhindern und die Resilienz zu stärken. Also Fachkräfte mit höherer Resilienz sind weniger anfällig für Sekundäre Traumatisierung als diejenigen mit niedrigerer Resilienz (vgl. David 2012: 85). Adams et al. (2008) führen hierzu aus, dass das Fehlen von Resilienzcharakteristika durchaus mit dem potenziellen Anfälligkeitsniveau für Sekundäre Traumatisierung zusammenhängen könnte (vgl. Adams et al. 2008: 3-4).

Die Analyse der Hypothese erfolgt ebenso mithilfe einer bivariaten Korrelation nach Pearson.

Hypothese 8: Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Ausprägung von Sekundärer Traumatisierung und dem Faktor Resilienz.

5.3. Subfrage 3

Inwieweit lässt sich der Grad Sekundärer Traumatisierung durch die Faktoren Resilienz und Empathiefähigkeit vorhersagen?

Während Wilson und Thomas (2014) anführen, dass hohe persönliche Resilienz einer Entwicklung von Sekundärer Traumatisierung entgegenwirkt, zeigt Figley (2002) den Zusammenhang hoher Empathie mit der Entstehung Sekundärer Traumatisierung auf (vgl. Wilson/Thomas 2014: 206, Figley 2002: 54). Die Erforschung des Zusammenwirkens verschiedener Variablen auf den Grad Sekundärer Traumatisierung scheint im Bereich der Forschung jedoch wenig auf, daher existiert nur begrenztes Wissen darüber, welche Faktoren für das Auftreten bzw. eine Vorhersage von Sekundärer Traumatisierung besonders relevant sind. Um diese Lücke zu schließen, werden die bereits genannten Faktoren in einer multiplen linearen Regression analysiert. Zusätzlich sollen in dieses Modell die Anzahl der Berufsjahre sowie eigene traumatische Erfahrungen integriert werden. Besonders im Hinblick auf letzteren Faktor wird oft angenommen, dass das Vorhandensein solcher Erfahrungen das Auftreten von Sekundärer Traumatisierung erhöht. Da die Variable „Eigene Traumata“ nur zwei Werte (Ja/Nein) aufweist, wird sie als Dummyvariable oder dichotome Variable in die Regressionsanalyse mitaufgenommen (vgl. Schwetz et al. 2016: 139). Weiters werden auch Variablen, welche in den Hypothesen 4-6 mit Empathie und Resilienz signifikant zusammenhängen, als Kontrollvariablen in der multiplen linearen Regression berücksichtigt werden.

Hypothese 9: Die Variablen „emotionale Empathie“, „kognitive Empathie“ und „Resilienz“ sagen den Grad an Sekundärer Traumatisierung vorher.

6. Forschungsmethode

Um einen möglichst breiten Einblick in das Berufsfeld von sozialpädagogischen Fachkräften in Krisenzentren und Wohngruppen zu erlangen, wurde ein quantitativer Zugang gewählt. Bei der quantitativen Forschung stehen die genaue Beschreibung und Vorhersagbarkeit von Verhalten mittels Modellen, Zusammenhängen und numerischen Ausprägungen im Vordergrund. Um dies zu erreichen, werden repräsentative Stichproben mittels standardisierter Fragebögen befragt, um die numerischen Ausprägungen bestimmter Merkmale zu erfassen. Diese Messwerte werden dann in Beziehung zueinander gesetzt oder mit anderen Variablen verglichen. Die gewonnenen Ergebnisse werden anschließend auf die Gesamtpopulation übertragen, um allgemeingültige Aussagen treffen zu können

(vgl. Berger-Grabner 2022: 127). Durch die Verwendung quantitativer Methoden können somit Daten einer größeren Anzahl von sozialpädagogischen Fachkräften gesammelt und statistische Analysen durchgeführt werden, um einerseits die aktuelle Lage Sekundärer Traumatisierung bei diesen Fachkräften in Österreich abbilden zu können und andererseits, um Zusammenhänge zu identifizieren (vgl. Berger-Grabner 2022: 170). Dies ermöglicht es, präzise Aussagen über das Ausmaß und die Häufigkeit von Symptomen Sekundärer Traumatisierung zu machen. Ebenso kann durch quantitative Auswertungsmethoden die Beziehung einzelner Schutz- und Risikofaktoren und der Entstehung Sekundärer Traumatisierung zueinander analysiert werden.

Quantitative Sozialforschung ermöglicht es, spezifische Aspekte der beobachtbaren Realität durch die Erhebung numerischer Daten zu messen. Dieser Prozess umfasst die Operationalisierung, bei der theoretische Konzepte in messbare Größen umgewandelt werden. Die erhobenen Zahlenwerte werden anschließend statistisch analysiert. Ebenso können präzise Messungen und Vergleiche vorgenommen werden, um Muster, Trends und Zusammenhänge in den Daten zu identifizieren (vgl. Berger-Grabner 2016: 169). Explanative Untersuchungen zielen darauf ab, Hypothesen zu überprüfen und zu erklären. Dabei werden spezifische Hypothesen auf ihren Wahrheitsgehalt hin überprüft, weshalb diese Art der Forschung auch als hypothesenprüfend bezeichnet wird (vgl. ebd.: 170-171). Im Rahmen explanativer Untersuchungen werden entweder Zusammenhänge zwischen Variablen, Unterschiede zwischen Gruppen, Veränderungen oder spezifische Merkmale innerhalb der Daten untersucht. Dies ermöglicht es, fundierte Schlussfolgerungen zu ziehen und verlässliche Aussagen über die Forschungsfragen zu machen (vgl. ebd.).

Nachfolgend wird das Forschungsdesign mit dem gewählten Erhebungsinstrument sowie forschungsethische Überlegungen und die Zusammensetzung der Stichprobe beschrieben. Im ersten Teilkapitel wird nach einer genauen Beschreibung des Erhebungsinstrumentes auf die Durchführung der Befragung sowie auf die Methode der Datenauswertung eingegangen. Im Anschluss daran wird die herangezogene Stichprobe beschrieben.

6.1. Forschungsdesign und Beschreibung des Erhebungsinstrumentes

Für die Beantwortung der Forschungsfragen wurde eine quantitative Querschnittuntersuchung mittels eines eigens zusammengestellten Online-Fragebogens durchgeführt. Dieser wurde österreichweit an Fachkräfte der Sozialen Arbeit, welche in Krisenzentren und Wohngruppen arbeiten, verschickt. Quantitative Erhebungen sind in diesem Fall wichtig, um eine umfassende Einschätzung zum Auftreten von Symptomen Sekundärer Traumatisierung sowie der Prävalenz dieser bei Fachkräften der Sozialen Arbeit zu erhalten.

Dazu wurde ein Fragebogen über die Internetplattform „SoSci Survey“ erstellt. Der Datensatz wurde hernach in das Statistikprogramm SPSS 29 übertragen und ausgewertet. Mit dieser Software lassen sich Häufigkeitstabellen, Mittelwerte und Streuungsmaße erstellen, ebenso können umfassende statistische Analysen vorgenommen werden (vgl. Kuckartz et al. 2013: 53-54, 81-82).

Für den Fragebogen wurden drei, bereits evaluierte und vielfach eingesetzte, Fragebögen zu den Themen Empathie, Resilienz und Sekundäre Traumatisierung mit eigens erstellten

soziodemografischen Fragen verbunden. Um die Faktorenwerte für jeden validierten Fragebogen zu ermitteln und die Faktorstruktur für die eigene Stichprobe zu prüfen, wurden Faktorenanalysen durchgeführt. Für die Reliabilitätsanalyse der ermittelten Faktoren wurden die negativ gepolten Items vor der Errechnung des Cronbach's Alpha umgepolt. Sämtliche Werte hierzu sind Anhang D zu entnehmen.

Der erste Teilbereich des Fragebogens umfasst den Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen (SPF) (IRI von Davis 1980, deutsche Übersetzung Christoph Paulus 2010). Dieser besteht aus sechzehn Items, welche in vier Subskalen mit je vier Items geteilt sind. Die Skalen decken je einen separaten Aspekt des Empathiekonzeptes ab (vgl. Davis 1980: 12-14):

Fantasie: Diese Skala misst die Tendenz zur gedanklichen Identifikation in fiktive Situationen, wie sie etwa beim Tagträumen auftreten. Hohe Werte bei Personen korrelieren tendenziell mit höherer Sensibilität und Emotionalität.

Perspektivenübernahme: Hiermit wird die Fähigkeit gemessen, wie spontan die Sichtweise anderer in realen Situationen eingenommen werden kann. Das zeigt, dass Personen, denen es leicht fällt, sich in andere hineinzudenken, eine hohe Feinfühligkeit anderen gegenüber besitzen.

Empathische Anteilnahme: Die Items dieser Skala bewerten emotionale Reaktionen auf unangenehme Erfahrungen anderer. Die empathische Anteilnahmskala bezieht sich auf Mitgefühl und Sorge.

Empathischer Distress: Die Skala misst das Ausmaß eigener Gefühle wie Angst, Besorgnis und Unbehagen beim Miterleben negativer Erfahrungen anderer.

Hierbei werden mit den vier Skalen kognitive und emotionale Empathieanteile erfragt. Es stehen Fantasie und Perspektivenübernahme mit den Unterfragen 2,4,7,10,12,14,15 und 16 für kognitive Empathie, sowie empathische Anteilnahme und Distress mit den Fragen 1,3,5,6,8,9,11 und 13 für emotionale Empathie. Der SPF beinhaltet eine fünf-stufige Likert-Skala von „nie“ (1) bis „immer“ (5). Es wird der Summenwert der Antworten für jede Skala gebildet (Werte von 16-80), dabei bedeutet eine höhere Zahl einen höheren Grad an Ausprägung. Die internen Konsistenzen laut Paulus betragen zwischen $\alpha=.66$ und $\alpha=.74$, somit weist der SPF „gute Kennwerte in den Bereichen der Reliabilität, der faktoriellen Validität und der Itemtrennschärfe auf“. (Paulus 2009: 9) Zur Ermittlung der Reliabilität der Skalen kognitive Empathie und emotionale Empathie dieser Arbeit wurde der Cronbach's Alpha-Koeffizient verwendet. Für diese Stichprobe ergab dies $\alpha=.65$ und $\alpha=.69$.

Im zweiten Thementeil wird die Resilienz der Fachkräfte sowie ihre Arbeitsbelastung und deren Wissen über die Traumata der Kinder/Jugendlichen erfasst. Dies geschieht mit dem Fragebogen zur Erfassung der Resilienz als Persönlichkeitsmerkmal – Resilienzskala (RS-25, RS-13) von Karena Leppert, Benjamin Koch, Elmar Brähler und Bernhard Strauß (2008). Für die Masterarbeit wurde die revidierte Kurzform RS-13 mit dreizehn Items gewählt, um die Teilnehmer*innen aufgrund der Länge nicht zusätzlich zu belasten und sicherzustellen, dass der gesamte Fragebogen vollständig ausgefüllt wird. Die Antworten erfolgen auf einer sieben-stufigen Likertskala (1= ich stimme nicht zu, 7= ich stimme völlig zu). Für die Gesamtskala werden die Punktwerte addiert. Hierbei zeigen erreichte 13-66 Punkte eine niedrige Resilienz, 67-72 Punkte eine moderate, sowie erreichte 73-91 Punkte eine hohe Resilienz an. Die in der Literatur berichtete interne Konsistenz der Kurzskala

beträgt $\alpha=.90$ (vgl. Leppert et al. 2008: 13), während die der vorliegenden Stichprobe $\alpha=.77$ ergab.

Daran schließen eigens erstellte Fragen zu Anzahl und Alter der zu betreuenden Kinder und Jugendlichen sowie zum Wissen über deren Traumatisierung an. Prozentual wird hernach nach der allgemeinen Belastung sowie jener Belastung, welche aus der Auseinandersetzung mit den Traumata der Kinder und Jugendlichen resultiert, gefragt. Die Prozente können mithilfe eines Schiebereglers angegeben werden.

Den dritten Thementeil bildet der adaptierte Fragebogen zur Sekundären Traumatisierung (FST) nach Daniels (2006). Der FST erfasst mit 31 Fragen, wie häufig bestimmte Symptome der Sekundären Traumatisierung innerhalb des letzten Monats aufgetreten sind. Die Antworten werden auf einer fünf-stufigen Likert-Skala eingetragen. Für die Auswertung werden auch hier Summenwerte gebildet: bis 64 nicht sekundärtraumatisiert, 65-82 moderate Sekundäre Traumatisierung, größer als 82 schwere Sekundäre Traumatisierung. Der FST erreichte in einer epidemiologischen Studie sehr gute Gütekriterien ($\alpha=.94$). Bei der vorliegenden Arbeit ergab die Analyse eine interne Konsistenz von $\alpha=.91$.

Der abschließende selbst erstellte soziodemografische Teil beinhaltet Fragen zu Alter, Geschlecht, Berufsjahren, Ausbildung, Berufsbezeichnung, etc., und erfasst somit Faktoren, welche zusätzlich ein Auftreten Sekundärer Traumatisierung beeinflussen können. Der Fragebogen schließt mit der Frage nach eigener traumatischer Erfahrung und, wenn diese vorhanden, mit der Frage: „Wie oft denken Sie während Ihrer beruflichen Tätigkeit an diese(s) Trauma(ta)?“

Aufgrund der Länge des Fragebogens wurde auf die Einstellung verzichtet, dass alle Fragen beantwortet werden müssen. Auch konnte der Fragebogen unterbrochen und zu einem späteren Zeitpunkt fortgeführt werden.

Für die Datenerhebung wurde der Link zum Fragebogen sowie ein eigens erstellter Flyer (siehe Anhang A) über Facebook, WhatsApp und private Kolleg*innen im Berufsfeld sozialpädagogischer Fachkräfte in Krisenzentren und Wohngruppen in ganz Österreich verschickt sowie an der FH Campus Wien Soziales ausgehängt. Weiters wurden per E-Mail der Dachverband Tirol und Niederösterreich für Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen, verschiedene Träger und Organisationen in Österreich wie MA11, Caritas und Hilfswerk, Studiengänge für Soziale Arbeit und einzelne sozialpädagogische Einrichtungen wie SOS Kinderdörfer, Wohngruppen und Krisenzentren angeschrieben und konnten so zu einer Zusammenarbeit erreicht werden. Insgesamt war der Fragebogen einen Monat online freigeschaltet, von 4.4.- 4.5.2024. Die Rücklaufquote betrug insgesamt 248 Datensätze, davon wurden 185 gültige, also vollständig ausgefüllte Fragebögen bis zur letzten Seite, für die Auswertung herangezogen. Bei den restlichen 63 Datensätzen wurde 29-mal kein Einverständnis gegeben, die weiteren 34 Fragebögen wurden vorzeitig abgebrochen und daher nicht zur Auswertung verwendet.

6.2. Forschungsethische Überlegungen

Die Richtlinien für ethische Forschung verlangen, dass die Teilnehmenden an empirischen Studien ihre Zustimmung explizit und nachvollziehbar erteilen (vgl. Mieth/Gahleitner 2010:

575). Ein wichtiger Grundsatz der Forschungsethik ist die Einhaltung des Prinzips der Autonomie, welches besagt, dass die Teilnahme an der Forschung auf freiwilliger Basis erfolgen sollte. Weiters ist relevant, dass die Teilnehmenden ausreichend informiert sein sollten, um eine dezidierte Zustimmung bzw. Absage geben zu können (vgl. ebd.). Darüber hinaus müssen die Forscher*innen sicherstellen, dass die Privatsphäre und Vertraulichkeit der Teilnehmenden gewahrt bleibt und sie keinen Schaden erleiden. Ein weiteres wichtiges Prinzip ist jenes der Gerechtigkeit, bei dem es darum geht, dass die Lasten und Vorteile der Forschung gerecht verteilt werden sollten. Dies bedeutet, dass die Teilnehmenden nicht diskriminiert werden und „Wertschätzung gegenüber den Untersuchten“ vorherrschen soll. (Miethe 2009: 936, zit. n. Miethe/Gahleitner 2010: 581) Weitere ethische Überlegungen umfassen die Sicherstellung der Transparenz und Integrität der Forschungsergebnisse und die Achtung der kulturellen und moralischen Werte der Teilnehmenden. Die Einhaltung dieser Grundsätze und Werte ist von entscheidender Bedeutung, um sicherzustellen, dass die Forschung ethisch und moralisch akzeptabel ist und, dass sie zum Wohl der Gesellschaft beiträgt.

Um dies beim Fragebogen zu gewährleisten, wurde zu Beginn der Befragung eine Instruktion geschrieben, welche das Thema, die Anonymität der Teilnahme, Datenschutz und Erreichbarkeit bei eventuell auftretenden Fragen und möglichem Widerruf beinhaltet, ebenso wurde das Prinzip der Neutralität bei der Fragenformulierung berücksichtigt. Weiters wurde bei der Erhebung über „SoSci Survey“ der Zeitstempel aufgehoben und IP - Adressen nicht aufgezeichnet. Es wurde das Einverständnis der Teilnehmer erhoben und falls dieses nicht erteilt wurde, erfolgte ein Abbruch des Fragebogens. Ein Abbruch der Befragung war jederzeit ohne Angabe von Gründen möglich. Für Rückfragen oder den Widerruf der Teilnahme wurde eine E-Mail-Adresse zur Verfügung gestellt.

6.3. Stichprobenbeschreibung

An der Fragebogenerhebung nahmen N=185 Fachkräfte, welche in Krisenzentren und Wohngruppen arbeiten, aus ganz Österreich teil. Die meisten Fragebögen kamen mit 38,3% aus Wien retour, gefolgt von Niederösterreich mit 18,9% und Oberösterreich mit 12,2%. Weiters 8,3% aus der Steiermark, 6,1% aus Salzburg und 5,6% aus Tirol. In den anderen Bundesländern konnten nur wenige Fachkräfte erreicht werden, diese teilen sich in 4,4% aus Kärnten, 3,3% aus dem Burgenland sowie 2,8% aus Vorarlberg auf.

N=183 der Teilnehmer*innen gaben ihr Geschlecht an, dabei lag der weibliche Anteil bei 80,3%. Das Durchschnittsalter der Befragten lag bei $M = 37,15$ ($SD=10,28$), der/die jüngste*r Teilnehmer*in war 20 Jahre alt, der/die älteste*r 61 Jahre. Die durchschnittliche Zahl an Berufsjahren lag bei $M = 9,09$ ($SD=8,52$), hierbei lag die Bandbreite bei 0, also im ersten Arbeitsjahr, bis zu 40 Dienstjahren. Die Befragten gaben an, im Schnitt für $M = 32,49$ ($SD=6,45$) Wochenstunden laut Vertrag angestellt zu sein, nach der tatsächlich gearbeiteten Wochenstunden Anzahl befragt, ergab sich ein Schnitt von $M = 36,24$ ($SD=9,4$) Stunden.

Den aktuellen Bildungsabschluss haben 98,9% aller Befragten angegeben. Die meisten der Befragten mit 29 % besitzen einen Masterabschluss einer Universität oder Fachhochschule, 23,5 % einen Bachelorabschluss und 20,7% einen Abschluss eines einschlägigen Colleges. Bei dieser Frage gab es auch die Möglichkeit den Bildungsabschluss selbst anzugeben. Hierbei wurden folgende Abschlüsse zu je 0,5% genannt: Lehrabschluss, Abitur, akadem. Soz.Päd., Fachbetreuer KJHOÖ, Bisop Baden, BMHS Diplommatūra, Diplomstudium, Doktorat, FH, Kolleg für Sozialpädagogik, Supervisorin, MagDr., MagPhil., MMag., Universitätsstudium, mehrere Universitätsabschlüsse sowie zu 4,1% die Bezeichnung Mag.

Die Frage nach der Berufsbezeichnung wurde von 98,4% beantwortet. Die Mehrheit mit 67,6% gab an, Sozialpädagog*in zu sein, weiters 10,4% Sozialarbeiter*in (FH) sowie 3,8% Dipl. Sozialarbeiter*in und 2,2% Pädagog*in. 15,9%, also 29 der Befragten, gaben hier optional eine andere Bezeichnung ein, darunter auch je 0,5% Mag. und MagPhil., welche zu oben genannter Bildungsabschlussfrage hinzugezählt wurden. Die nachstehende Tabelle (Tab. 2) zeigt eine genaue Übersicht über die weiteren angegebenen Bezeichnungen.

Tab. 2: Optionale Berufsbezeichnungen

Aufsuchende Fachkraft in der Sozialarbeit	0,5%
Bereichsleitung	0,5%
Dipl. Behindertenpädagog*in	0,5%
Dipl. Sozialbetreuer*in Familienarbeit	0,5%
Kunsttherapeut*in	0,5%
Praktikant*in	0,5%
Psychotherapeut*in	0,5%
Sozialpädagogische Fachkraft	0,5%
Sozialpädagogin + Fachkraft für Familienarbeit	0,5%
Sozialpädagogische Leitung	0,5%
Sozialpädagog*in MA	0,5%
Leitung	1%
Dipl. Sozialpädagog*in	1,5%
Sozialpädagog*in in Ausbildung	1,5%
Pädagogische Leitung	2%
Psycholog*in	2%

Von den Befragten arbeiten 108 Fachkräfte (58,4%) in sozialpädagogischen Wohngruppen, 22 (11,9%) in Krisenzentren, 21 (11,4%) in sozialtherapeutischen Wohngruppen und zwölf (6,5%) in stationären Krisenbetreuungen. Achtzehn Teilnehmer*innen (9,7%) gaben andere Berufsfelder zu je 0,5% an. Zusammengefasst wurden hierbei mobile oder ambulante Begleitung, Krisenwohngruppen, Springer*in, Intensivbetreuung, Wohngruppen für Jugendliche, Asylbereich, Kinderschutz, begleitete Verselbständigung sowie Jugendwohnbegleitung genannt.

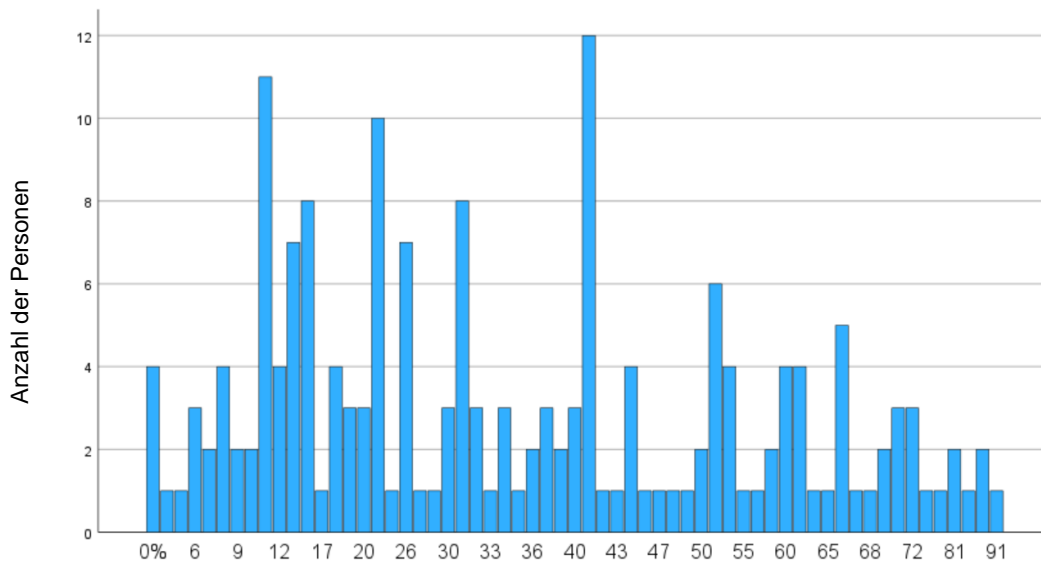
Die durchschnittliche Gruppengröße liegt bei $M = 9,34$ ($SD=4,41$) Kindern. Das jüngste zu betreuende Kind liegt im Schnitt bei $M = 8,53$ ($SD=3,85$) Jahren, das älteste bei $M = 16,06$ ($SD=3,08$) Jahren. Hierbei wurde angegeben, dass $M = 87,66$ ($SD=15,72$) Prozent der zu betreuenden Kinder und Jugendlichen bereits traumatische Erlebnisse hatten. Von $N=182$ gaben nur zwei Personen an, keinerlei Details hierzu zu kennen, 180 Befragte kennen von allen bzw. einigen ihrer zu betreuenden Kinder oder Jugendlichen Details zu deren Traumata.

7. Darstellung der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden zunächst die Ergebnisse der deskriptiven Analyse (siehe Anhang C) dargestellt, anschließend die Ergebnisse der Hypothesenberechnungen zu den jeweiligen Subfragen (siehe Anhang D). Nach der deskriptiven Beschreibung der Stichprobe wurden zusätzliche Häufigkeitsanalysen durchgeführt, um die Subfragen beantworten zu können, ebenso wurden Variablen neu codiert und Summenwerte der Fragebögen Empathie, Resilienz und Sekundäre Traumatisierung gebildet. Nachfolgend werden diese Ergebnisse beschrieben.

7.1. Ergebnisse der deskriptiven Analyse

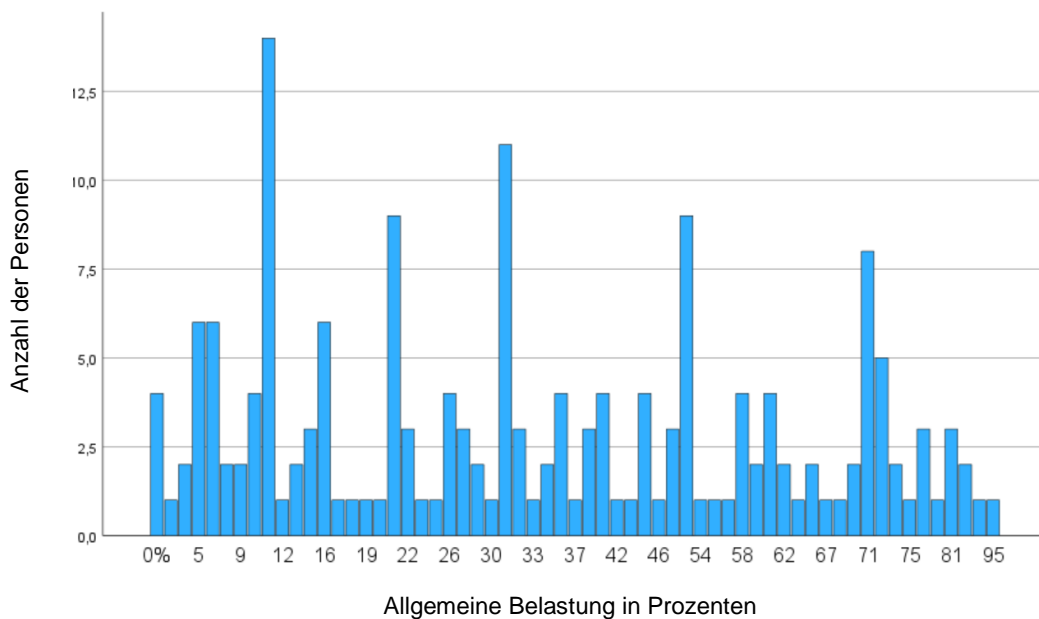
Bei der Frage: „Denken Sie nun an die letzten 4 Wochen und schätzen Sie prozentual ein, wie oft Sie, über die Arbeitszeit hinaus, über die traumatischen Erlebnisse der Kinder/Jugendlichen nachgedacht haben.“ zeigte sich ein hoher Anteil an eher niedrigen Prozentsätzen, dies unterstreicht auch der Mittelwert mit $M = 34,86$ ($SD=21,98$). Dieser Wert mit knapp 35% entspricht allerdings mehr als einem Drittel der Freizeit der Fachkräfte und deutet darauf hin, dass diese einen bedeutenden Teil ihrer Freizeit damit verbringen, über die traumatischen Erlebnisse der Kinder und Jugendlichen nachzudenken. Vom Mittelwert ausgehend, denken 81 der 180 Befragten (45,7%) bis zu 91% in ihrer Privatzeit an die traumatischen Erlebnisse der Kinder und Jugendlichen. Allgemein spiegelt sich somit eine erhebliche Vermischung von Beruf und Privatleben wider und zeigt, dass die Arbeit einen deutlichen Einfluss auf das Privatleben der Fachkräfte hat. Nur vier Personen gaben an, gar nicht darüber nachzudenken (siehe nachfolgende Abbildung 3).



Wie oft wurde über die Arbeitszeit hinaus nachgedacht? (in Prozenten)

Abb.3: Nachdenken über Traumata der Kinder/Jugendlichen

Bei der daran anschließenden Frage zur allgemein gefühlten Belastung in einem Zeitraum von vier Wochen ließen die Antworten ebenso erkennen, dass mehr als die Hälfte der befragten Personen diese prozentuell eher in der unteren Hälfte ansiedeln ($M=36,25$; $SD=24,48$) und somit sich selbst allgemein, sowohl privat als auch in der Arbeit, als eher wenig belastet einschätzten. Hierzu zeigt Abbildung 4 die Spitzen von vierzehn Personen bei 11%, elf Personen bei 31% sowie jeweils neun Personen bei 21% und 51% in Bezug auf deren allgemeine Belastung der letzten vier Wochen.



Allgemeine Belastung in Prozenten

Abb.4: Allgemeine Belastung

Um den Mittelwert dieser Berechnung besser interpretieren zu können, wurden zusätzlich die Antworten zu den Fragen bezüglich vertraglicher und tatsächlicher Wochenarbeitszeit verglichen. Hier zeigte sich, dass in wenigen Fällen tatsächlich weniger gearbeitet wurde als vertraglich vorgesehen. Bei den anderen Befragten variierte die zusätzliche Wochenarbeitszeit um 2-20 Stunden zu den vertraglichen, wobei Fachkräfte mit der Berufsbezeichnung „Sozialpädagog*innen“ hier die Spitze von 10-20 zusätzlichen Stunden anführten. Der Mittelwert der tatsächlichen Wochenarbeitszeit betrug $M = 36,24$ ($SD=9,39$), jener der vertraglichen $M = 32,49$ ($SD=6,45$).

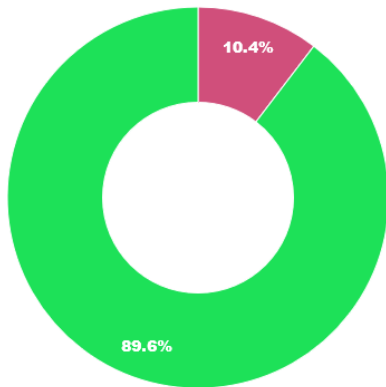
Auf die Frage nach einem eigenen traumatischen Erlebnis antworteten von $N=182$ Personen insgesamt 119 (65,4%) mit „Ja“. Hiervon meinten 78,9%, dass sie „kaum“ oder „gar nicht“ während ihrer beruflichen Tätigkeit daran denken, die restlichen 21,2% fühlten sich „noch sehr“ oder „etwas“ daran erinnert.

Um die Hypothesen zu Subfrage 1 beantworten zu können, wurden im Vorfeld die Summenwerte der drei Fragebögen zu kognitiver und emotionaler Empathie, Resilienz und Sekundärer Traumatisierung ausgewertet und laut Literatur weiters in die jeweiligen Kategorien niedrig/hoch (Empathie) sowie niedrig/moderat/hoch (Resilienz) und nicht/moderat/schwer sekundär traumatisiert (Sekundäre Traumatisierung) eingeteilt und zu neuen Variablen (geordnet) umgewandelt.

Bei der Auswertung des Empathiebogens SPF ergab sich ein Mittelwert von $M = 51,97$ ($SD=5,7$), bei angegebenen Werten von 35-75. Dies zeigt an, dass die meisten Teilnehmer im mittleren Bereich dieses Spektrums lagen, was auf ein durchschnittliches Maß an Empathie hindeutet. Um mit diesen Werten weiterarbeiten zu können, wurden die Unterfragen 2,4,7,10,12,14,15 und 16 der Frage 1 zur Variablen „kognitivgeordnet“, sowie die Unterfragen 1,3,5,6,8,9,11 und 13 zur Variablen „emotionalgeordnet“ zusammengefasst. Um eine detailliertere Analyse vorzunehmen, wurden diese beiden Variablen danach in niedrige und hohe Werte unterteilt, entsprechend den Vorgaben aus der Fachliteratur.

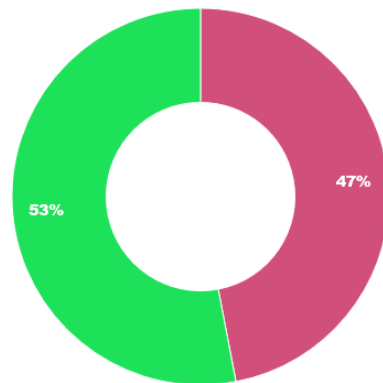
Für die kognitive Empathie ergab sich ein Mittelwert von $M = 27,98$ ($SD = 3,50$). Hierbei zeigte sich, dass 19 Personen, was 10,4 % der Stichprobe entspricht, einen niedrigen selbsteingeschätzten Wert (Summenwert 13-23) aufwiesen. Die Mehrheit von 164 Personen, also 89,6 %, erzielte hingegen einen hohen Wert (Summenwert 24-38).

In Bezug auf die emotionale Empathie wurde ein Mittelwert von $M = 23,99$ ($SD = 3,32$) berechnet. Innerhalb dieser Kategorie wiesen 86 Personen (47 %) einen niedrigen Summenwert (16-23) auf, während 97 Personen (53 %) einen hohen Wert (24-37) erzielten. Diese Verteilungen sind in den nachfolgenden Abbildungen 5 und 6 grafisch dargestellt.



● niedrig ● hoch

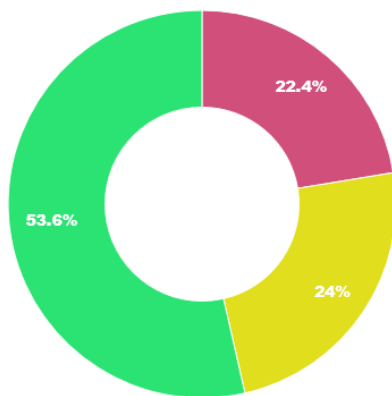
Abb.5: kognitive Empathie



● niedrig ● hoch

Abb.6: emotionale Empathie

Ebenso wurde der Resilienzfragebogen RS13 ausgewertet. Hier zeigte sich bei Summenwerten von 47-91 ein Mittelwert von $M = 72,59$ ($SD=7,84$), was einer durchschnittlich hohen berichteten Resilienz entspricht. Aufgrund der Ausführungen in der Literatur wurden die selbsteingeschätzten Werte in niedrig (47-66), moderat (67-72) sowie hoch (73-91) eingeordnet (Resilienzgeordnet). Daraus ergaben sich für diese Arbeit 41 Personen mit niedriger (22,4%), 44 Personen mit moderater (24%) sowie 98 Personen mit hoher selbsteingeschätzter Resilienz (53,6%), siehe hierzu Abbildung 7.



● niedrig ● moderat ● hoch

Abb.7: Resilienz

Um den ersten Teil der Subfrage 1 „In welchem Ausmaß weisen sozialpädagogische Fachkräfte Symptome Sekundärer Traumatisierung auf“ beantworten zu können, wurde der Fragebogen für Sekundäre Traumatisierung ($M=51,66$; $SD=13,88$), wie von Daniels vorgegeben, ebenfalls in drei Kategorien eingeteilt (Sek.Traum.geordnet). Hier zeigte sich bei angegebenen Werten von 31-111, dass sich 153 Personen (84,1%) laut Summenwert als nicht sekundär traumatisiert einschätzten, 24 weitere Personen (13,2%) als moderat sowie

fünf der Befragten als schwer sekundär traumatisiert (2,7%).

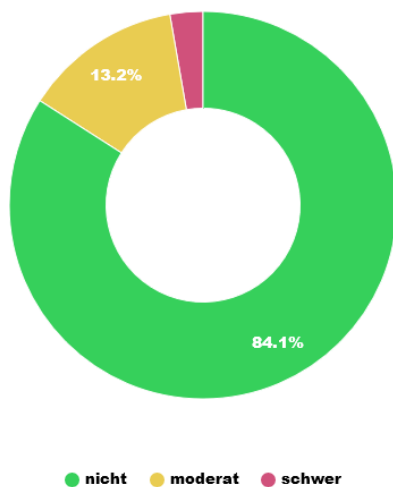


Abb.8: Sekundäre Traumatisierung

7.2. Ergebnisse der Inferenzstatistik

Dieses Unterkapitel widmet sich den Ergebnissen der Hypothesenberechnungen zu den jeweiligen Subfragen. Die Tabellen zu den einzelnen Berechnungen sind Anhang D zu entnehmen. Für die Berechnungen der Hypothesen 1, 4, 7 und 8 wurden die Variablen „geordnet“ verwendet (siehe Erklärung im vorigen Kapitel).

Subfrage 1

In welchem Ausmaß weisen sozialpädagogische Fachkräfte Symptome Sekundärer Traumatisierung auf und wie hängen diese mit persönlichen Charakteristika zusammen?

Hypothese 1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen den eigenen traumatischen Erfahrungen und der Ausprägung Sekundärer Traumatisierung bei Fachkräften der Sozialen Arbeit.

Anhand eines Cramer-V Tests wurde untersucht, inwiefern eigene traumatische Erfahrungen einer Fachkraft in Zusammenhang mit der Ausprägung einer Sekundären Traumatisierung stehen. Es zeigt sich ein signifikantes Ergebnis, $r_{\phi C} = 0.22$, $p = .011$. Während 4,8% der nicht traumatisierten Fachkräfte moderat sekundär traumatisiert sind, sind 21,8% der Fachkräfte mit eigenen traumatischen Erfahrungen moderat bis schwer sekundär traumatisiert.

Hypothese 2: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht der Fachkräfte und deren Ausmaß an Sekundärer Traumatisierung.

Zur Berechnung der Zusammenhangshypothese wurde ein Cramer-V Test durchgeführt. Dieser zeigt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Geschlecht einer Fachkraft und dem Ausmaß an Sekundärer Traumatisierung, $r_{\phi C} = 0.09$, $p = .487$. Die Hypothese wurde somit falsifiziert.

Hypothese 3: Je jünger die Fachkräfte, desto höher ist das Ausmaß an Sekundärer Traumatisierung.

Zur Berechnung der dritten Hypothese wurde ebenfalls ein Cramer-V Test durchgeführt. Dieser zeigt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Alter einer Fachkraft und dem Ausmaß an Sekundärer Traumatisierung, $r_{\phi C} = 0.08$, $p = .557$. Die Hypothese wurde somit ebenfalls falsifiziert.

Hypothese 4: Es gibt einen Unterschied zwischen älteren und jüngeren Fachkräften hinsichtlich der emotionalen Empathiewerte.

Die Berechnungen des Chi²-Tests zeigen, dass jüngere Fachkräfte einen höheren Prozentanteil in der höheren Kategorie der emotionalen Empathiewerte (64,2%) im Vergleich zu älteren Fachkräften (36,8%) haben.

Ältere Fachkräfte weisen einen höheren Prozentanteil in der niedrigeren Kategorie der emotionalen Empathiewerte (63,2%) im Vergleich zu jüngeren Fachkräften (35,8%) auf. Es gibt somit einen signifikanten Unterschied zwischen jüngeren und älteren Fachkräften hinsichtlich der emotionalen Empathiewerte, $\text{Chi}^2(1) = 13.24$, $p < .001$.

Hypothese 5: Je höher die Anzahl an Berufsjahren, desto höher die Empathie.

Die bivariate Korrelation nach Pearson zeigt einen signifikanten geringen negativen Zusammenhang, $r(171) = -.260$, $p < .001$. Dies bedeutet, dass mit steigender Anzahl an Berufsjahren die Empathie abnimmt. Hypothese 5 wird daher durch die Ergebnisse widerlegt. Fachkräfte mit mehr Berufsjahren tendieren dazu, geringere Empathiewerte aufzuweisen.

Hypothese 6: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Anzahl an Berufsjahren einer Fachkraft und deren Resilienz.

Hier zeigt die bivariate Korrelation nach Pearson einen geringen positiven Zusammenhang zwischen der Anzahl an Berufsjahren und der Resilienz der Fachkräfte, $r(171) = .219$, $p = .004$. Die Hypothese wurde hiermit bestätigt. Je höher die Anzahl der Berufsjahre einer Fachkraft, desto höher ihre Resilienz.

Subfrage 2

Wie hängen die individuelle Resilienz und Empathiefähigkeit sozialpädagogischer Fachkräfte mit den Symptomausprägungen der Sekundären Traumatisierung zusammen?

Hypothese 7: Es besteht ein Zusammenhang zwischen emotionaler Empathie und Sekundärer Traumatisierung, während kognitive Empathie negativ mit Sekundärer Traumatisierung korreliert.

Die Ergebnisse der bivariaten Korrelationen nach Pearson ergaben eine signifikante, wenn auch geringe, positive Korrelation zwischen emotionaler Empathie und Sekundärer Traumatisierung, $r(182) = .197$, $p = .008$, während keine signifikante Korrelation zwischen kognitiver Empathie und Sekundärer Traumatisierung besteht, $r(182) = .079$, $p = .291$. Somit konnte ein Teil der Hypothese verifiziert werden. Je höher die emotionale Empathie, desto stärker ist die Ausprägung der Sekundären Traumatisierung.

Hypothese 8: Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Ausprägung von Sekundärer Traumatisierung und dem Faktor Resilienz.

Die bivariate Korrelation nach Pearson ergab eine signifikante negative Korrelation zwischen der Ausprägung von Sekundärer Traumatisierung und dem Faktor Resilienz, $r(182) = -.277$, $p = .008$.

Der Pearson-Korrelationskoeffizient zeigt eine geringe negative Korrelation zwischen Resilienz und Sekundärer Traumatisierung. Dies bedeutet, dass höhere Werte in Resilienz mit niedrigeren Werten in Sekundärer Traumatisierung assoziiert sind.

Subfrage 3

Inwieweit lässt sich der Grad Sekundärer Traumatisierung durch die Faktoren Resilienz und Empathiefähigkeit vorhersagen?

Hypothese 9: Die Variablen „emotionale Empathie“, „kognitive Empathie“ und „Resilienz“ sagen den Grad an Sekundärer Traumatisierung vorher.

Zusätzlich zu den angegebenen Faktoren wurden für die multiple lineare Regressionsanalyse die Variablen „Berufsjahre“ und „Alter“ als Kontrollvariablen integriert. Die Variable „Eigene Traumata“ wurde als Dummyvariable mit 0 und 1 kodiert und ebenso in die Regression aufgenommen.

Das Regressionsmodell erklärt insgesamt 20,7% der Varianz des Grades an Sekundärer Traumatisierung ($R^2 = .207$, $F(6, 161) = 7.01$, $p < .001$).

Im Ergebnis zeigt sich, dass kognitive Empathie ($b = .55$, $SE = .31$, $t = 1.76$, $\beta = .14$, $p = .08$), Berufsjahre ($b = .17$, $SE = .15$, $t = 1.12$, $\beta = .11$, $p = .266$) sowie Alter ($b = -.12$, $SE = .13$, $t = -.94$, $\beta = -.09$, $p = .347$) den Grad an Sekundärer Traumatisierung nicht vorhersagen.

Dagegen zeigt sich, dass emotionale Empathie ($b = .97$, $SE = .35$, $t = 2.76$, $\beta = .24$, $p = .006$), Resilienz ($b = -.34$, $SE = .14$, $t = -2.52$, $\beta = -.19$, $p = .013$) sowie eigene Traumata ($b = -6.08$, $SE = 2.12$, $t = -2.87$, $\beta = -.21$, $p = .005$) signifikant den Grad an Sekundärer Traumatisierung vorhersagen. Dies bedeutet, dass mit dem Anstieg der emotionalen Empathie um 0,24 Einheiten der Grad an Sekundärer Traumatisierung um eine Einheit steigt, während eine Zunahme der Resilienz um 0,19 Einheiten mit einer Reduktion des Grades der Sekundären Traumatisierung einhergeht. Das Vorhandensein eigener Traumata (kodiert als 0) erhöht die Anfälligkeit für Sekundäre Traumatisierung.

8. Diskussion der Ergebnisse

Die vorliegende Forschungsarbeit hatte zum Ziel, die aktuelle Situation der österreichischen Fachkräfte in Krisenzentren und Wohngruppen hinsichtlich ihrer Empathie, Resilienz und Sekundären Traumatisierung abzubilden. Zudem sollte die Untersuchung Aufschluss über eigene Traumata der Fachkräfte sowie deren Exposition gegenüber traumatischen Erlebnissen der betreuten Kinder und Jugendlichen geben. Die spezifischen Zusammenhänge zwischen persönlichen Charakteristika, Empathie, Resilienz und Sekundärer Traumatisierung werden durch folgende Subforschungsfragen mit jeweiligen Hypothesen erläutert und diskutiert:

1. In welchem Ausmaß weisen sozialpädagogische Fachkräfte Symptome Sekundärer Traumatisierung auf und wie hängen diese mit persönlichen Charakteristika zusammen?
2. Wie hängen die individuelle Resilienz und Empathiefähigkeit sozialpädagogischer Fachkräfte mit den Symptomausprägungen der Sekundären Traumatisierung zusammen?
3. Inwieweit lässt sich der Grad Sekundärer Traumatisierung durch die Faktoren Resilienz und Empathiefähigkeit vorhersagen?

Anhand dieser gewonnenen Erkenntnisse soll hernach die, dieser Arbeit zugrunde liegende, Forschungsfrage beantwortet werden:

„Inwieweit lässt sich Sekundäre Traumatisierung bei sozialpädagogischen Fachkräften in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen durch Faktoren wie Resilienz und Empathie vorhersagen?“

Die nachfolgend präsentierten Ergebnisse liefern interessante Einblicke in die selbsteingeschätzte Empathiefähigkeit, Resilienz und Prävalenz von Sekundärer Traumatisierung bei Fachkräften, welche mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in Krisenzentren und Wohngruppen arbeiten. Diese Erkenntnisse werden durch die Analyse und Interpretation der erhobenen Daten unter Berücksichtigung relevanter theoretischer Konzepte und Literatur vertieft. Zunächst wird auf die Ergebnisse der deskriptiven Analyse eingegangen.

8.1. Diskussion der deskriptiven Ergebnisse

Die Fragebogenerhebung ergab, dass der Großteil der Fachkräfte aus Wien stammt, gefolgt von Niederösterreich und Oberösterreich. Diese regionale Verteilung könnte durch die höhere Anzahl von Einrichtungen in städtischen Gebieten erklärt werden. Die Ergebnisse spiegeln auch die österreichische Kinder- und Jugendhilfestatistik 2022 wider, welche zeigt, dass die meisten im Rahmen der vollen Erziehung untergebrachten Kinder und Jugendlichen in Wien leben, gefolgt von Niederösterreich. Die wenigsten fremduntergebrachten Minderjährigen befinden sich im Burgenland sowie in Vorarlberg, dies deckt sich mit der Anzahl an ausgefüllten Fragebögen aus diesen Bundesländern.

Die Stichprobengröße der Studie (N=185) sollte jedoch berücksichtigt werden, da sie nicht repräsentativ für ganz Österreich ist. Die nicht repräsentative Verteilung der Fachkräfte über die verschiedenen Bundesländer hinweg bedeutet, dass die Ergebnisse mit Vorsicht interpretiert werden müssen, insbesondere in Bezug auf regionale Unterschiede. Diese Einschränkung gilt insbesondere für Bundesländer mit geringerer Beteiligung, wo die geringere Anzahl von Fragebögen möglicherweise nicht die tatsächliche Verteilung und Situation der Fachkräfte widerspiegelt.

Ein signifikantes Ergebnis der Studie ist der hohe Anteil weiblicher Fachkräfte, was darauf hinweist, dass Frauen in den sozialen Berufen dominieren, welche in dieser Arbeit untersucht wurden. Diese Geschlechterverteilung deckt sich mit bestehenden Studien, die darauf hinweisen, dass Pflege- und Betreuungsberufe traditionell als „weibliche“ Berufe wahrgenommen werden und sich dieser Trend nur langsam verändert (siehe Lemke 2021, Theile 2017). Historisch gesehen haben gesellschaftliche Normen und Rollenerwartungen dazu beigetragen, dass Frauen eher in Berufe einsteigen, die Pflege und Betreuung umfassen, während Männer in diesen Feldern unterrepräsentiert bleiben. Es ist jedoch hervorzuheben, dass diese Ergebnisse spezifisch für die untersuchte Stichprobe gelten und nicht verallgemeinert werden sollten.

Das Durchschnittsalter der Befragten liegt bei 37,15 Jahren, was auf eine Belegschaft hindeutet, die sich in einem mittleren Stadium ihrer beruflichen Laufbahn befindet. Dies legt nahe, dass viele der Befragten bereits über umfangreiche berufliche Erfahrungen und daher möglicherweise entwickelte Bewältigungsstrategien verfügen, die es ihnen ermöglichen, mit den Herausforderungen des Arbeitsalltags besser umzugehen (siehe Poulsen 2012).

Das hohe Bildungsniveau der Befragten, von denen die Mehrheit einen Masterabschluss besitzt, deutet auf eine fortschreitende Akademisierung der sozialen Berufe hin. Dies könnte ein Indiz dafür sein, dass höhere Bildungsabschlüsse zunehmend als Voraussetzung für den beruflichen Aufstieg und spezialisierte Tätigkeiten in diesen Bereichen gefordert werden. Dieses hohe Bildungsniveau könnte ebenfalls Indiz dafür sein, dass Fachkräfte eine erweiterte Fähigkeit zur Reflexion und Anwendung von komplexen Theorien und Modellen in ihrer täglichen Praxis aufweisen, was wiederum die Qualität der Betreuung erhöhen könnte (siehe Richard 2020).

Interessant ist auch die Zusammensetzung der befragten Fachkräfte in Hinblick auf die Berufsbezeichnung: Die Ergebnisse zeigen eine hohe Präsenz von Sozialpädagog*innen

und Personen in Leitungsfunktionen, was auf die spezifischen Anforderungen und die aktuelle Situation in den Krisenzentren und Wohngruppen hinweist. Ebenso haben auch einige Psycholog*innen aus Vorarlberg, der Steiermark und Niederösterreich den Fragebogen ausgefüllt, dies könnte auf eine interdisziplinäre Zusammenarbeit in diesen Einrichtungen hinweisen.

Die durchschnittliche Gruppengröße liegt bei 9,34 zu betreuenden Kindern und Jugendlichen. Laut den befragten Fachkräften haben weit über die Hälfte dieser Kinder und Jugendlichen traumatische Erlebnisse erfahren, die weiterhin ihre Lebenssituation beeinflussen. Die Fachkräfte gaben an, detaillierte Kenntnisse über die Traumata der von ihnen betreuten Minderjährigen zu haben, was auf eine enge und vertrauensvolle Beziehung zwischen den Fachkräften und den betreuten Kindern und Jugendlichen hindeuten kann (siehe Weiß 2021). Diese Kenntnis der Traumata könnte auf eine sorgfältige Dokumentation und eine starke zwischenmenschliche Bindung hinweisen, die es den Fachkräften ermöglicht, die Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen besser zu verstehen und darauf einzugehen (siehe Daniels 2008).

Ein bemerkenswerter Befund ist die gedankliche Auseinandersetzung der Fachkräfte mit den traumatischen Erlebnissen der Kinder und Jugendlichen, sowohl während der Arbeit als auch außerhalb dieser. Diese Auseinandersetzung könnte auf eine tiefe emotionale Beteiligung der Fachkräfte hindeuten, die sich auch auf ihr Privatleben auswirkt. Ein solches Phänomen kann ein Hinweis auf die Grenzen der Empathieregulation und eine mögliche emotionale Erschöpfung sein, die langfristig zur Entwicklung von Sekundärer Traumatisierung führen könnte (siehe Figley 2015). Es ist jedoch wichtig zu betonen, dass diese Ergebnisse auf Selbsteinschätzungen der Fachkräfte beruhen. Die subjektive Wahrnehmung ihrer Auseinandersetzung mit den traumatischen Erlebnissen könnte durch persönliche Faktoren wie individuelle Resilienz, Bewältigungsstrategien und die allgemeine psychische Verfassung beeinflusst werden. Daher müssen diese Selbsteinschätzungen mit Vorsicht interpretiert werden, da sie nicht notwendigerweise objektive Belastungswerte widerspiegeln.

Die Ergebnisse zur allgemeinen Belastung zeigen, dass die Fachkräfte eine subjektiv gesehene moderate Belastung wahrnehmen. Diese Belastung kann auf die komplexen Anforderungen in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen zurückgeführt werden, die von den Fachkräften nicht nur fachliche Kompetenz, sondern auch eine erhebliche emotionale und psychische Stabilität verlangen (siehe Richard 2020). Die Kombination aus hohen Fallzahlen und der intensiven Auseinandersetzung mit traumatischen Inhalten könnte die Belastung der Fachkräfte weiter erhöhen und das Risiko für Sekundäre Traumatisierung verstärken (siehe Figley 2002, Wilson/Thomas 2014). Die Spitzenwerte bei bestimmten Prozentsätzen könnten auf spezifische Gruppen von Fachkräften wie Bezugsbetreuer*innen hindeuten, die möglicherweise stärker von Belastungen betroffen sind, aber auch durch Faktoren wie Überstunden, Arbeitsumgebung, Abgrenzungsschwierigkeiten und individuelle Resilienz beeinflusst worden sein.

Auch hier ist zu beachten, dass die Angaben zur Belastung auf Selbsteinschätzungen der Befragten beruhen. Subjektive Einschätzungen können, wie eben erwähnt, durch verschiedene Faktoren beeinflusst werden, darunter individuelle Belastungstoleranz, Arbeitsumfeld und persönliche Bewältigungsmechanismen. Daher sollten diese Ergebnisse im Kontext

der individuellen Wahrnehmung und möglicherweise vorhandener psychischer Schutzfaktoren betrachtet werden.

Die Diskrepanz zwischen der vertraglichen und der tatsächlichen Arbeitszeit, welche in den Ergebnissen aufgezeigt wurde, kann die Belastung der Fachkräfte zusätzlich verstärken. Die durchschnittliche vertragliche Wochenarbeitszeit liegt unter der tatsächlichen Arbeitszeit, was ebenfalls die aktuelle Lage mit Blick auf Fachkräftemangel und Fluktuation widerspiegelt (siehe Theile 2018). Diese Diskrepanz deutet auf eine erhöhte Arbeitsbelastung hin, die häufig zu emotionaler Erschöpfung führt, einem wesentlichen Faktor für die Entwicklung von Compassion Fatigue wie Figley (2002) betont. Fachkräfte, welche regelmäßig Überstunden leisten und unter hoher Arbeitsbelastung stehen, sind einem höheren Risiko ausgesetzt, emotionale und psychische Erschöpfung und auch Sekundäre Traumatisierung zu erleben (siehe Pryce et al. 2007, Perry 2014). Dies kann langfristig ihre Fähigkeit beeinträchtigen, effektiv und einfühlsam mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen zu arbeiten. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Diskrepanz zwischen vertraglicher und tatsächlicher Arbeitszeit ein ernstzunehmendes Problem darstellt, das mit erhöhter beruflicher Belastung und einem höheren Risiko für Sekundäre Traumatisierung verbunden sein kann.

Der Befund, dass weit über die Hälfte der Befragten, welche ein eigenes traumatisches Erlebnis hatten, kaum oder gar nicht während der Arbeit daran denken, während nur sehr wenige sich noch daran erinnert fühlen, zeigt eine interessante Differenzierung. Diese Unterschiede könnten auf unterschiedliche Grade der Verarbeitung und Integration des eigenen Traumas hinweisen. Hierauf wird im nachfolgenden Kapitel noch genauer eingegangen.

Die Ergebnisse bei der Aufteilung der Empathie in kognitive und emotionale Komponenten zeigen, dass die meisten Fachkräfte in ihrer Selbsteinschätzung hohe kognitive Empathiewerte und mittlere bis hohe emotionale Empathiewerte aufweisen. Weiters zeigt sich, dass kognitive Empathie – die Fähigkeit, die Perspektive anderer zu verstehen – bei Fachkräften dieser Stichprobe stärker entwickelt ist als emotionale Empathie, die das emotionale Miterleben der Gefühle anderer umfasst. Die gut entwickelte kognitive Empathie dieser Stichprobe ermöglicht es den Fachkräften, professionell und analytisch zu arbeiten, während die mittlere bis hohe emotionale Empathie ein notwendiges Maß an Mitgefühl und Verständnis gewährleistet (siehe Figley 2002, Pearlman/Saakvitne 1995).

Es ist jedoch beunruhigend, dass die subjektiv angegebene emotionale Empathie recht ausgewogen in niedrig und hoch aufgeteilt ist bzw. fast die Hälfte der Befragten niedrige emotionale Empathiewerte aufweist. Dies könnte darauf hindeuten, dass einige Fachkräfte Schwierigkeiten haben, sich emotional in die Erlebnisse der Kinder und Jugendlichen einzufühlen. Figley (2015) beschreibt, dass Fachkräfte häufig emotionale Distanzierung als Schutzmechanismus entwickeln, um sich vor Sekundärer Traumatisierung zu schützen. Abschließend sei auch hier nochmals festgehalten, dass es sich bei den Ergebnissen der Stichprobe um selbsteingeschätzte Werte der Teilnehmer*innen handelt.

In Bezug auf den Resilienzfragebogen zeigen die Ergebnisse, dass über die Hälfte der Fachkräfte in der Selbsteinschätzung eine hohe Resilienz aufweist. Resilienz als Fähigkeit, sich von belastenden Erfahrungen zu erholen, ist ein wesentlicher Faktor für die langfristige berufliche Gesundheit und Leistungsfähigkeit. Hohe Resilienz kann helfen, die negativen

Auswirkungen von Stress und Sekundärer Traumatisierung zu mildern. Dies bedeutet, dass die befragten Fachkräfte nicht nur in der Lage sind, mit den Herausforderungen ihrer Arbeit besser umzugehen, sondern auch, dass sie potenziell weniger anfällig für die Entwicklung von Sekundärer Traumatisierung sind. Hohe Resilienz kann dazu beitragen, dass Fachkräfte nicht nur die unmittelbaren emotionalen und psychischen Belastungen bewältigen, sondern auch langfristig ihre berufliche Zufriedenheit und ihr Engagement aufrechterhalten (siehe Püttker et al. 2015, Leppert et al. 2008).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Fachkräfte in den Krisenzentren und Wohngruppen Österreichs mit einigen beruflichen Belastungen konfrontiert sind. Diese Belastungen umfassen sowohl die intensive Auseinandersetzung mit traumatischen Erlebnissen der zu betreuenden Kinder und Jugendlichen als auch eine Belastung durch die täglichen Arbeitsanforderungen. Es ist daher von entscheidender Bedeutung, dass die Arbeitsbedingungen verbessert werden, um die Diskrepanz zwischen vertraglicher und tatsächlicher Arbeitszeit zu verringern und die Belastung der Fachkräfte dadurch nachhaltig zu senken.

8.2. Diskussion der Subfragen und Hypothesen

Subfrage 1

In welchem Ausmaß weisen sozialpädagogische Fachkräfte Symptome Sekundärer Traumatisierung auf und wie hängen diese mit persönlichen Charakteristika zusammen?

Die Ergebnisse zum Ausmaß Sekundärer Traumatisierung zeigen, dass die Mehrheit der Fachkräfte in der Selbsteinschätzung nicht sekundär traumatisiert ist. Dies ist ein positiver Befund und könnte durch die hohe Resilienz erklärt werden (siehe voriges Kapitel). Die geringe Anzahl schwer traumatisierter Fachkräfte deutet darauf hin, dass eine kleine Gruppe dennoch Unterstützung und Intervention benötigen könnte, um ihre langfristige psychische Gesundheit zu sichern. Die aktuell eingesetzten Strategien und Ressourcen zur Förderung von Resilienz scheinen jedoch weitgehend effektiv zu sein, was möglicherweise auch darauf zurückzuführen ist, dass Personen mit höherer Resilienz tendenziell im Feld verbleiben und daher an der Befragung teilnehmen konnten.

Die hohen Werte an Nicht-Traumatisierten in dieser Stichprobe stützen zudem die Aussagen von Bride et al. (2007), dass Sekundäre Traumatisierung oftmals als vorübergehendes Syndrom auf Belastungen hinsichtlich Exposition auf Traumamaterial gesehen wird (siehe Bride et al. 2007). Inwieweit die Fachkräfte dieser Studie von langfristigen Auswirkungen betroffen sind, bleibt unklar und bedarf weiterer Studien. Pryce et al. (2007) gehen davon aus, dass Fachkräfte Symptome, welche aus der Arbeit mit den betreuten Kindern und Jugendlichen entstehen und in Richtung Sekundärer Traumatisierung gehen, häufig nicht als solche benennen können. Dies könnte darauf hindeuten, dass einige Fachkräfte möglicherweise tatsächlich von Sekundärer Traumatisierung betroffen sein könnten, ohne sich dessen bewusst zu sein. Hierbei ist nochmals zu betonen, dass bis dato keine einheitliche Definition von Sekundärer Traumatisierung existiert, was ein eindeutiges Einordnen der

vorhandenen Symptome ebenfalls erschwert. Ebenso muss festgehalten werden, dass kognitive Veränderungen im Sinne der VT in dieser Studie nicht erhoben wurden (siehe Pearlman/Saakvitne 1995).

Die weitere Analyse der Subfrage zu Sekundärer Traumatisierung bei sozialpädagogischen Fachkräften in Verbindung mit persönlichen Charakteristika anhand der aufgestellten Hypothesen ergab mehrere signifikante Zusammenhänge (siehe Kapitel 7.2.).

Ein zentraler Befund der Ergebnisse ist der signifikante Zusammenhang zwischen eigenen traumatischen Erfahrungen der Fachkräfte und der Ausprägung an Sekundärer Traumatisierung. Die vorliegenden Ergebnisse reflektieren den aktuellen Forschungsstand (siehe Pryce et al. 2007) und zeigen auf, dass die befragten Fachkräfte im Kinderschutz, welche selbst traumatische Erfahrungen gemacht haben, einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind, Symptome Sekundärer Traumatisierung zu entwickeln. Fachkräfte mit eigenen Traumata berichten laut Pryce et al. häufiger von intensiveren emotionalen Reaktionen und einer stärkeren Belastung in Zusammenhang mit ihrer beruflichen Tätigkeit. Die Ergebnisse werden weiters durch die Arbeit von Frank (2010) unterstützt, die einen Zusammenhang zwischen eigenen traumatischen Erfahrungen und der Intensität Sekundärer Traumatisierung aufzeigt. Frank hebt hervor, dass persönliche Traumata die emotionale Resonanz und Empathie gegenüber traumatisierten Klient*innen verstärken, was zu einer erhöhten psychischen Belastung und einem höheren Risiko für Sekundäre Traumatisierung führt. Auch die theoretischen Modelle von Figley (2002) sowie Pearlman und Saakvitne (1995) unterstreichen die Bedeutung einer persönlichen traumatischen Vorgeschichte als kritischen Faktor bei der Entstehung Sekundärer Traumatisierung.

Figley (2015) betont, dass Fachkräfte, welche ihre traumatischen Erlebnisse nicht ausreichend verarbeitet haben, besonders anfällig für Sekundäre Traumatisierung sind, da sie intensiver auf die traumatischen Erlebnisse ihrer Klient*innen reagieren und dadurch einer erhöhten emotionalen Belastung ausgesetzt sind. Pearlman und Saakvitne (1995) ergänzen, dass Fachkräfte, welche ihre eigenen traumatischen Erfahrungen erfolgreich integriert haben, eher in der Lage sind, empathisch auf ihre Klient*innen einzugehen, ohne dass ihre persönlichen Verletzungen ihre berufliche Leistung beeinträchtigen. Im Gegensatz dazu kann die Konfrontation mit den Traumata der Klient*innen unverarbeitete eigene Traumata reaktivieren (siehe Figley 2002). Diese nicht verarbeiteten Traumata könnten sich mit den Erlebnissen der Klient*innen vermischen und so die Belastung und emotionale Anspannung der Fachkräfte signifikant erhöhen.

Ein zentraler Aspekt scheint daher die Identifikation von Fachkräften mit möglicherweise unbehandelten Traumata zu sein. Regelmäßige psychologische Evaluierungen und Rückmeldungen im beruflichen Kontext könnten dazu beitragen, Fachkräfte frühzeitig zu identifizieren, welche Unterstützung benötigen. Dies würde es ermöglichen, präventive Maßnahmen zu ergreifen und spezifische Interventionsangebote zu entwickeln, die auf die besonderen Bedürfnisse dieser Fachkräfte zugeschnitten sind. Durch gezielte Interventionen und regelmäßige Supervision könnten Fachkräfte besser in die Lage versetzt werden, ihre eigenen Traumata zu integrieren und dadurch das Risiko einer Sekundären Traumatisierung in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen zu verringern.

Obwohl keine kausalen Schlussfolgerungen gezogen werden können, ergeben sich dennoch Vermutungen, warum die Sekundäre Traumatisierung bei den befragten Fachkräften, von denen 65,4 % selbst traumatisiert sind, vergleichsweise gering ausfällt, obwohl die Hypothese bestätigt wurde. Es stellt sich die Frage, ob die Symptome Sekundärer Traumatisierung möglicherweise primäre Folgen der eigenen traumatischen Erfahrungen der Fachkräfte sind (siehe Jurisch et al. 2009). Es könnte sein, dass die Erzählungen traumatisierter Kinder und Jugendlicher das eigene Trauma reaktivieren oder verstärken und so Symptome hervorrufen, die eigentlich der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) zuzuordnen wären. Ferner wäre es interessant zu untersuchen, ob die Art und Intensität der eigenen traumatischen Erfahrungen Einfluss auf die Ausprägung der Sekundären Traumatisierung haben. Nicht alle traumatischen Erlebnisse führen zu gleichermaßen schweren Symptomen. Fachkräfte mit weniger intensiven oder erfolgreich bewältigten Traumata könnten weniger anfällig für Sekundäre Traumatisierung sein (siehe Figley 2002). Zudem könnte die spezifische Art des erlebten Traumas eine Rolle spielen – beispielsweise könnte eine einmalige, weniger intensive Erfahrung weniger belastend sein als chronische, schwerwiegende Traumata (siehe Daniels 2008, Weiß 2021).

Demografische Faktoren wie das Bildungsniveau und der sozioökonomische Status erweisen sich laut Literatur ebenfalls als relevante Einflussgrößen bei der potenziellen Entstehung Sekundärer Traumatisierung. Fachkräfte mit einem geringeren Bildungsniveau zeigen tendenziell schwerwiegendere Symptome (siehe Pryce et al. 2007). Die Mehrheit der in der Studie befragten Personen verfügt über einen Masterabschluss, was ein hohes Bildungsniveau impliziert und möglicherweise zur geringen Prävalenz Sekundärer Traumatisierung in dieser Untersuchung beiträgt. Fachkräfte mit höherem Bildungsstand haben nicht nur besseren Zugang zu formellen Unterstützungsstrukturen wie Supervision und Fachberatung, sondern auch zu informellen Netzwerken, welche eine entscheidende Rolle beim Stressabbau und der Förderung von Resilienz spielen können. Diese Netzwerke können Kolleg*innen, Freundeskreise und familiäre Unterstützungssysteme umfassen. Darüber hinaus sind höher qualifizierte Fachkräfte möglicherweise besser in der Lage, präventive Strategien zu implementieren, um das Risiko einer Sekundären Traumatisierung zu minimieren (siehe Figley 2002). Zukünftige Forschungen sollten diese Netzwerke ebenfalls systematisch in die Analyse einbeziehen.

Ein signifikantes Ergebnis der Untersuchung zeigt Hypothese 4, bei der der Unterschied zwischen älteren und jüngeren Fachkräften und ihren Werten der emotionalen Empathie berechnet wurde. Jüngere Fachkräfte weisen dabei einen höheren Anteil an emotionaler Empathie (64,2 %) im Vergleich zu älteren Fachkräften (36,8 %) auf. Um dieses Ergebnis fundiert zu diskutieren, ist es essenziell, das Konzept der emotionalen Empathie und deren Entwicklung in verschiedenen Altersgruppen zu betrachten. In der Literatur wird Empathie als ein komplexes, multidimensionales Konstrukt beschrieben, das sowohl affektive als auch kognitive Komponenten umfasst (siehe Breithaupt 2017, Fonagy et al. 2019). Emotionale Empathie bezieht sich auf die Fähigkeit, auf die Gefühle einer anderen Person emotional zu reagieren und ähnliche Emotionen zu empfinden, häufig ohne bewusste Perspektivenübernahme oder kognitivem Verständnis (siehe Schmetkamp 2019, Roth 2016).

Der Altersunterschied in der emotionalen Empathie könnte durch verschiedene Faktoren erklärt werden. Mit zunehmender Berufserfahrung und Alter steigt die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme, während andere Aspekte der Empathie, wie emotionale Reaktivität und Mitgefühl, tendenziell abnehmen (siehe Laverdière et al. 2019). Weiters erklären Laverdière et al., dass ältere Fachkräfte durch ihre umfangreicheren beruflichen Erfahrungen eine stärkere kognitive Empathie und eine größere emotionale Stabilität entwickeln, was zu einer geringeren emotionalen Reaktivität führen kann. Diese Verringerung der emotionalen Empathie könnte ältere Fachkräfte vor emotionalem Stress und den damit verbundenen Risiken, wie der Sekundären Traumatisierung, schützen (siehe ebd.).

Im Gegensatz dazu können jüngere Fachkräfte aufgrund ihrer höheren emotionalen Empathie stärker emotional auf die Gefühle anderer reagieren und sind möglicherweise einem höheren Risiko ausgesetzt, da ihnen noch die notwendige Erfahrung und die entwickelten Bewältigungsstrategien zur emotionalen Abgrenzung fehlen (siehe Breithaupt 2017). Die Fähigkeit zur Selbstregulation und die Anwendung effektiver Bewältigungsstrategien sind entscheidend, um die Intensität der emotionalen Empathie zu regulieren und das Risiko einer Sekundären Traumatisierung zu senken (siehe Figley 2002, Püttker et al. 2015, Laverdière et al. 2019).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Unterschiede in den emotionalen Empathiewerten zwischen jüngeren und älteren Fachkräften dieser Stichprobe durch Faktoren wie berufliche Erfahrung, emotionale Reaktivität und die Entwicklung von Bewältigungsstrategien erklärt werden können. Diese Unterschiede haben wichtige Implikationen für das Risiko und die Prävention Sekundärer Traumatisierung. Die Unterschiede spiegeln sich auch in der breiteren Tendenz wider, dass Empathie mit zunehmender Berufserfahrung insgesamt abnimmt. Diese Erkenntnis legt nahe, dass die berufliche Entwicklung nicht nur die Art und Weise beeinflusst wie Empathie empfunden wird, sondern auch, wie sie über die Jahre hinweg reguliert und möglicherweise reduziert wird. In diesem Zusammenhang wird deutlich, dass längere berufliche Tätigkeit zu einer Desensibilisierung führen kann, die als Schutzmechanismus vor emotionaler Erschöpfung fungiert.

Dies spiegelt das Ergebnis von Hypothese 5 wider, welche einen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Berufsjahre und Empathie analysierte. Die Ergebnisse weisen auf einen geringen, aber signifikanten negativen Zusammenhang hin, der suggeriert, dass Empathie tendenziell mit zunehmender Berufserfahrung abnimmt und bestätigen somit die Interpretation der vorangegangenen Hypothese 4. Diese Befunde liefern zusätzliche wertvolle Einblicke in die Entwicklung von Empathie im beruflichen Kontext, insbesondere in Bezug auf die Differenzierung zwischen affektiver und kognitiver Empathie. Während affektive Empathie auf emotionalen Reaktionen basiert, umfasst kognitive Empathie das Verstehen und die Perspektivenübernahme. Beide Komponenten können durch berufliche Erfahrungen unterschiedlich beeinflusst werden. Im beruflichen Umfeld kann die wiederholte Konfrontation mit belastenden Situationen, wie bereits erwähnt, zu einer Desensibilisierung führen, was möglicherweise als Schutzmechanismus gegen emotionale Erschöpfung dient. Figley (2002) hebt hervor, dass intensive empathische Beteiligung zwar essenziell für das Verständnis der Klient*innen ist, jedoch auch das Risiko der Sekundären Traumatisierung birgt.

Zusammenfassend deutet die negative Korrelation zwischen Berufserfahrung und Empathie dieser Stichprobe darauf hin, dass längere berufliche Tätigkeit nicht notwendigerweise zu einer Steigerung der Empathiefähigkeit führt, sondern möglicherweise zu deren Reduktion aufgrund von Desensibilisierung und emotionaler Erschöpfung. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit theoretischen und empirischen Befunden zur Sekundären Traumatisierung und den beruflichen Belastungen, die die Bedeutung von Selbstfürsorge und emotionalem Management betonen (siehe Püttker et al. 2015, Steinmair et al. 2021).

Um die gewonnenen Erkenntnisse zu vertiefen, ist es entscheidend, die Ergebnisse beider Hypothesen in Beziehung zueinander zu setzen. Während die erste Analyse aufzeigt, dass jüngere Fachkräfte eine höhere emotionale Empathie aufweisen, verdeutlicht die zweite, dass Empathie in ihrer Gesamtheit mit zunehmender Berufserfahrung tendenziell abnimmt. Diese beiden Beobachtungen ergänzen sich und deuten darauf hin, dass nicht nur das Alter, sondern auch die Dauer der beruflichen Tätigkeit maßgeblich die Entwicklung von Empathie beeinflusst. Besonders hervorzuheben ist, dass die Reduktion der emotionalen Empathie im Laufe der Berufsjahre möglicherweise ein Schutzmechanismus gegen die Belastungen und Risiken ist, die durch intensive empathische Beteiligung entstehen können (siehe Figley 2002).

In diesem Zusammenhang ist weiters interessant, dass gleichzeitig ein positiver Zusammenhang zwischen der Berufserfahrung und der Resilienz der Befragten festgestellt wurde (siehe Hypothese 6). Der gefundene geringe positive Zusammenhang deutet darauf hin, dass die Resilienz der befragten Fachkräfte mit zunehmender Berufserfahrung wächst, was darauf schließen lässt, dass Fachkräfte mit mehr Berufsjahren tendenziell eine höhere Resilienz entwickeln. Dies könnte darauf hinweisen, dass die Abnahme der Empathie mit einer gesteigerten Fähigkeit zur emotionalen Selbstregulation und einem besseren Umgang mit den beruflichen Herausforderungen einhergehen könnte.

Resilienz bezeichnet die Fähigkeit von Personen, trotz widriger Bedingungen und Stressoren ihre psychische Gesundheit aufrechtzuerhalten. In der Literatur wird Resilienz häufig als dynamischer Prozess konzeptualisiert, der durch die Interaktion zwischen individuellen und umweltbezogenen Faktoren entsteht (siehe Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019). Dies impliziert, dass Resilienz nicht als statische Eigenschaft, sondern als eine durch Erfahrungen und kontextuelle Einflüsse geformte Fähigkeit zu verstehen ist. Insbesondere im Kontext hochbelastender Berufe wie der sozialpädagogischen Arbeit spielt die Berufserfahrung daher eine wesentliche Rolle in der Entwicklung von Resilienz. Fachkräfte, welche regelmäßig mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen arbeiten, sind fortwährenden emotionalen und psychischen Belastungen ausgesetzt (siehe Weiß 2021). Dies erfordert nicht nur ein hohes Maß an Empathie, sondern auch die Fähigkeit zur Selbstregulation, um langfristige negative Folgen wie Sekundäre Traumatisierung zu vermeiden.

Eine mögliche Erklärung für den Zusammenhang zwischen Berufserfahrung und Resilienz liegt in der fortschreitenden Entwicklung und Verfeinerung von Bewältigungsstrategien bei langjährigen Fachkräften. Es könnte jedoch auch argumentiert werden, dass primär resilientere Fachkräfte langfristig im Beruf verbleiben. Die wiederholte Konfrontation mit stressreichen Situationen ermöglicht es den Fachkräften, effektive Techniken zur Stressbewältigung und Selbstfürsorge zu entwickeln. Diese Techniken umfassen sowohl emotionale als

auch kognitive Strategien, die zur Aufrechterhaltung der psychischen Gesundheit beitragen (siehe Hernández-Wolfe 2018). Zudem zeigt die bisherige Forschung, dass Fachkräfte mit mehr Berufserfahrung häufig eine erhöhte Selbstwirksamkeit und ein stärkeres Selbstbewusstsein entwickeln, was darauf zurückzuführen ist, dass Fachkräfte im Laufe ihrer Karriere zahlreiche Herausforderungen erfolgreich bewältigt haben, was zu einem gesteigerten Gefühl von Kompetenz und Kontrolle führt. Ein weiterer zentraler Aspekt ist die Bedeutung von Supervision und kollegialem Austausch (siehe Gahleitner 2017, Poulsen 2012). Erfahrene Fachkräfte greifen häufiger auf Supervision und Peer-Interaktion zurück, um ihre Arbeitserfahrungen zu reflektieren und zu verarbeiten. Diese sozialen Unterstützungssysteme tragen wesentlich zur Resilienz bei, da sie es den Fachkräften ermöglichen, ihre Emotionen zu teilen, Feedback zu erhalten und neue Perspektiven zu gewinnen (siehe David 2012). Sekundäre Traumatisierung, die durch die emotionale Belastung in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen entsteht, kann durch regelmäßige Selbstfürsorge und Resilienztraining gemindert werden. Fachkräfte mit längerer Berufserfahrung haben oft mehr Gelegenheiten solche Präventionsmaßnahmen zu ergreifen und in ihre berufliche Praxis zu integrieren (siehe Püttker et al. 2015).

Ein weiterer relevanter Aspekt ist das Konzept der Vicarious Resilience (stellvertretende Resilienz), das beschreibt, wie Fachkräfte durch die positiven Anpassungsprozesse und die Resilienz ihrer Klient*innen selbst gestärkt werden können. Studien von Hernández-Wolfe et al. (2018) belegen, dass Fachkräfte, welche miterleben, wie ihre Klient*innen trotz widriger Umstände Resilienz entwickeln, selbst positive psychologische Effekte erfahren. Diese Erfahrungen können zu einer gesteigerten Berufszufriedenheit und einer erhöhten Resilienz führen. Je häufiger Fachkräfte solche positiven Erlebnisse haben – was mit zunehmender Berufserfahrung wahrscheinlicher wird – desto stärker kann Vicarious Resilience (VR) dazu beitragen, dass ältere und berufserfahrene Fachkräfte eine höhere Resilienz aufweisen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Hypothese eines Zusammenhangs zwischen der Berufserfahrung und der Resilienz von Fachkräften durch verschiedene theoretische und empirische Ansätze gestützt wird. Berufserfahrung fördert die Entwicklung und Stärkung von Resilienz, indem sie Fachkräften ermöglicht, effektive Bewältigungsstrategien zu entwickeln, ihre Selbstwirksamkeit zu erhöhen und soziale Unterstützungssysteme zu nutzen. Die Fähigkeit, sich in die Perspektive der betreuten Kinder und Jugendlichen hineinzuversetzen und gleichzeitig emotionale Distanz zu wahren, ist ein entscheidender Faktor für die Aufrechterhaltung der psychischen Gesundheit und der beruflichen Effektivität.

Es ist jedoch zu betonen, dass Resilienz kein statisches Merkmal darstellt, sondern durch verschiedene individuelle und kontextuelle Faktoren beeinflusst wird. Die kontinuierliche Reflexion und Anpassung der eigenen Bewältigungsstrategien sowie die Nutzung von Supervision und kollegialem Austausch sind essenziell, um langfristig resilient zu bleiben. Darüber hinaus sollten Fachkräfte regelmäßig an Fortbildungen und Resilienztrainings teilnehmen, um ihre Fähigkeiten zur Stressbewältigung und Selbstfürsorge weiter zu stärken.

Im Gegensatz zu den eben diskutierten signifikanten Ergebnissen konnte in Bezug auf Hypothese 2 kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Geschlecht der Fachkräfte und

dem Ausmaß ihrer Sekundären Traumatisierung festgestellt werden. Entgegen der Annahme, dass Frauen aufgrund einer vermeintlich höheren emotionalen Sensibilität stärker von Sekundärer Traumatisierung betroffen sein könnten (siehe Pinquart 2011, Davis 1980), erbrachte die vorliegende Untersuchung keinen signifikanten geschlechtsspezifischen Zusammenhang mit dem Ausmaß Sekundärer Traumatisierung. Die beschriebene Annahme basiert auf dem Stereotyp, dass Frauen generell eine ausgeprägtere Empathiefähigkeit und emotionale Reaktivität besitzen, was sie potenziell anfälliger für Sekundäre Traumatisierungen machen könnte (siehe Davis 1980). Gleichzeitig wird in der Literatur darauf hingewiesen, dass Frauen tendenziell eine höhere Resilienz aufweisen, was als protektiver Faktor gegenüber psychischen Belastungen wirken könnte (siehe Daniels 2006, Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019).

Dieser vermeintliche Schutzfaktor steht jedoch im Widerspruch zu der ebenfalls in der Forschung vertretenen These, dass Frauen eine erhöhte Vulnerabilität für psychische Erkrankungen aufweisen (siehe Pinquart 2011), was wiederum das Risiko einer Sekundären Traumatisierung erhöhen könnte (siehe Pearlman/Saakvitne 1995). Dieser paradoxe Befund – einerseits eine erhöhte Empathie und emotionale Sensibilität, andererseits eine ausgeprägtere Resilienz – verdeutlicht die Komplexität der Einflussfaktoren auf die Entstehung von Sekundärer Traumatisierung und legt nahe, dass der geschlechtsspezifische Einfluss bisher nicht hinreichend geklärt ist.

Figley (2015) argumentiert, dass individuelle Faktoren wie persönliche Verletzlichkeit und Lebensgeschichte weitaus bedeutsamer für das Risiko einer Sekundären Traumatisierung sind als das Geschlecht. Seine Forschung legt nahe, dass sowohl Männer als auch Frauen gleichermaßen gefährdet sein können, abhängig von ihren individuellen Erfahrungen und ihrer emotionalen Resilienz. Gies (2009) unterstützt diese Perspektive und betont, dass Resilienz und die Anwendung von Bewältigungsstrategien entscheidende Schutzfaktoren darstellen. Sie unterstreicht, dass geschlechtsspezifische Unterschiede in der Prävalenz von Sekundärer Traumatisierung nicht signifikant sind, wenn persönliche Verletzlichkeit und Lebensgeschichte in die Analyse einbezogen werden.

Die Auswertung der Kreuztabelle zu dieser Hypothese (siehe Anhang D) zeigt die Verteilung von Sekundärer Traumatisierung zwischen weiblichen und männlichen Fachkräften dieser Stichprobe. Bemerkenswert ist, dass in der höchsten Kategorie der Sekundären Traumatisierung 21 % der weiblichen und 56 % der männlichen Fachkräfte vertreten sind. Auf den ersten Blick könnte dies darauf hindeuten, dass Männer in diesem Berufsfeld stärker von Sekundärer Traumatisierung betroffen sind. Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass in der Stichprobe nur ein Anteil von 19,7 % Männern vertreten ist. Diese geringe Repräsentation reicht nicht aus, um verlässliche, generalisierbare Aussagen zu treffen. Vielmehr sollte diese Diskrepanz als Hinweis auf die Notwendigkeit weiterer Forschung verstanden werden, um den Einfluss des Geschlechts auf Sekundäre Traumatisierung differenzierter zu untersuchen.

Die Ergebnisse führen somit zu der Schlussfolgerung, dass das Geschlecht allein kein hinreichender Prädiktor für das Risiko einer Sekundären Traumatisierung ist. Es ist vielmehr erforderlich, individuelle und soziale Faktoren stärker in den Fokus zu rücken, um eine umfassendere und präzisere Einschätzung der Risikofaktoren zu ermöglichen. Dies impliziert, dass Interventionen und Präventionsstrategien nicht primär geschlechtsspezifisch

konzipiert werden sollten, sondern vielmehr auf die Förderung von Resilienz und die Berücksichtigung individueller Lebensgeschichten und Verwundbarkeiten abzielen müssen. Diese Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, sich von vereinfachenden Erklärungsmodellen zu lösen und stattdessen differenziertere, empirisch fundierte Ansätze zu verfolgen, um Fachkräfte besser vor den Risiken Sekundärer Traumatisierung zu schützen.

Ein weiterer Zusammenhang, der nicht signifikant bestätigt werden konnte, betrifft den Zusammenhang zwischen dem Alter der Fachkräfte und dem Ausmaß an Sekundärer Traumatisierung (siehe Hypothese 3). Die vorhandene Literatur legt jedoch nahe, dass jüngere und weniger erfahrene Fachkräfte einem erhöhten Risiko für Sekundäre Traumatisierung ausgesetzt sind, da ihnen möglicherweise weniger Bewältigungsstrategien und berufliche Erfahrung zur Verfügung stehen, um mit den Belastungen effektiv umzugehen (siehe Figley 2015, Pearlman/Saakvitne 1995). Zudem kann das geringere Ausmaß an beruflicher Vernetzung und Unterstützung, das jüngeren Fachkräften oft zur Verfügung steht, einen weiteren Risikofaktor darstellen, da ein starkes berufliches Netzwerk als Schutzfaktor gegen psychische Belastungen wirken kann (siehe Perry 2014).

Es ist jedoch von entscheidender Bedeutung, die spezifischen Merkmale der Stichprobe in dieser Untersuchung zu berücksichtigen. Die Stichprobe umfasste 185 sozialpädagogische Fachkräfte mit einem Durchschnittsalter von 37,15 Jahren, was darauf hindeutet, dass die Mehrheit der Teilnehmenden im mittleren Altersbereich angesiedelt ist. Diese Altersverteilung könnte die Ergebnisse beeinflusst haben.

Die Verteilung der Altersgruppen innerhalb dieser Stichprobe zeigt, dass jüngere Fachkräfte möglicherweise unterrepräsentiert waren, was die Aussagekraft der Hypothese einschränken könnte. Dies könnte erklären, warum die Hypothese nicht bestätigt wurde, da die Anzahl der Betroffenen zu gering war, um signifikante Unterschiede zu erkennen. Zudem könnte die berufliche Erfahrung der Fachkräfte eine Rolle gespielt haben, da viele der Teilnehmer*innen über einen längeren Zeitraum in ihrem Beruf tätig sind und dadurch möglicherweise effektivere Bewältigungsstrategien entwickelt haben (siehe Poulsen 2012, Hypothese 5 + 6).

Ein weiterer relevanter Faktor in diesem Zusammenhang ist die potenziell hohe Motivation junger Fachkräfte zu Beginn ihrer Karriere. Es ist denkbar, dass diese Fachkräfte aufgrund ihrer hohen beruflichen Motivation und des mangelnden Erfahrungsschatzes Schwierigkeiten haben, ihre eigene Überforderung und Belastung angemessen zu bewerten. Möglicherweise nehmen sie Anzeichen von Überforderung als normalen Bestandteil ihrer beruflichen Entwicklung wahr und erkennen erst zu einem späteren Zeitpunkt, in welchem Ausmaß diese Belastungen die Grenzen des Normalen überschreiten. Diese möglicherweise eingeschränkte Selbstwahrnehmung könnte dazu geführt haben, dass sie ihre Belastung in der Befragung nicht vollständig oder korrekt angegeben haben, was die Ergebnisse verzerrt haben könnte.

Daraus ergibt sich die Überlegung, die Unterstützung für jüngere Fachkräfte gezielt zu verstärken, insbesondere durch spezifische Mentoring-Programme sowie der Etablierung einer offenen Kommunikationskultur, in der Fachkräfte ihre Belastungen ohne Angst vor Stigmatisierung äußern können. Diese Maßnahmen könnten dazu beitragen, bei jüngeren Fachkräften eine realistische Einschätzung der individuellen Belastungssituationen und

der damit verbundenen Risiken zu fördern (siehe Figley 2015, Poulsen 2012, Allroggen et al. 2017).

Zusammenfassend lässt sich zur ersten Subfrage festhalten, dass sozialpädagogische Fachkräfte trotz ihrer täglichen Konfrontation mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen eine bemerkenswerte Resilienz aufweisen (siehe Kapitel 8.1) und somit größtenteils keine Symptome von Sekundärer Traumatisierung entwickelt haben. Besonders auffällig ist, dass persönliche Faktoren wie eigene traumatische Erfahrungen in dieser Stichprobe einen stärkeren Einfluss auf das Ausmaß Sekundärer Traumatisierung haben als demografische Merkmale wie Alter und Geschlecht. Es scheint, dass geschlechtsspezifische Unterschiede in der Prävalenz von Sekundärer Traumatisierung möglicherweise überschätzt werden und andere Faktoren, wie persönliche Verletzlichkeit und Resilienz, eine größere Rolle spielen. Diese Erkenntnisse legen nahe, dass Unterstützungsmaßnahmen und Präventionsstrategien nicht nur allgemein auf die gesamte Berufsgruppe ausgerichtet sein sollten, sondern auch die persönlichen Charakteristika und Lebensgeschichten der Fachkräfte berücksichtigen müssen. Weiters zeigt sich, dass jüngere Fachkräfte höhere emotionale Empathiewerte als ältere aufweisen, was auf eine höhere emotionale Reaktivität und weniger entwickelte Bewältigungsstrategien zurückzuführen sein könnte. Ältere Fachkräfte entwickeln durch ihre Berufserfahrung eine größere Fähigkeit zur kognitiven Empathie und emotionale Stabilität. Entgegen der ursprünglichen Annahme nimmt Empathie mit zunehmender Berufserfahrung ab, möglicherweise durch Desensibilisierung und emotionale Erschöpfung. Gleichzeitig zeigt sich, dass Resilienz mit der Anzahl der Berufsjahre steigt, da Berufserfahrung zur Entwicklung effektiver Bewältigungsstrategien und sozialer Unterstützung beitragen kann.

Die Zusammenhänge von Empathie und Resilienz auf Ausprägungen der Sekundären Traumatisierung werden im Folgenden in der zweiten Subfrage sowie den zugehörigen Hypothesen untersucht.

Subfrage 2

Wie hängen die individuelle Resilienz und Empathiefähigkeit sozialpädagogischer Fachkräfte mit den Symptomausprägungen der Sekundären Traumatisierung zusammen?

Ein zentrales Element bei der Entstehung von Symptomen Sekundärer Traumatisierung ist die Fähigkeit zur Empathie, parallel dazu spielt die individuelle Resilienz eine entscheidende Rolle als Schutzfaktor (siehe Figley 2015, David 2012). Im Folgenden wird die Relevanz dieser Zusammenhänge näher erläutert und die empirischen Befunde zur Unterstützung der formulierten Hypothesen diskutiert.

Das Ergebnis von Hypothese 7 bestätigte, dass emotionale Empathie signifikant mit der Symptomausprägung von Sekundärer Traumatisierung korreliert, während kognitive Empathie keinen solchen Zusammenhang aufweist. Diese Ergebnisse unterstützen die Annahme, dass eine höhere emotionale Empathie zu einer stärkeren Ausprägung Sekundärer

Traumatisierung führt, was in der bestehenden Literatur bereits gut dokumentiert ist (siehe Figley 2015, Pearlman/Saakvitne 1995, Wilson/Thomas 2014, Daniels 2006).

Figley (2015) hebt die zentrale Bedeutung von Empathie für die Übertragung traumatischer Belastungen von Klient*innen auf Fachkräfte hervor. Er betrachtet die empathische Fähigkeit als einen grundlegenden Aspekt professioneller Hilfeleistung und argumentiert, dass insbesondere Fachkräfte mit hoher emotionaler Empathie ein erhöhtes Risiko für Sekundäre Traumatisierung tragen. Diese Anfälligkeit entsteht dadurch, dass solche Fachkräfte die traumatischen Erlebnisse ihrer Klient*innen emotional nachvollziehen und somit eine intensivere emotionale Belastung erfahren. In Übereinstimmung mit dieser Sichtweise verdeutlichen Pearlman und Saakvitne (1995), dass emotionale Empathie tiefgreifende Veränderungen im Selbstkonzept und in der Weltanschauung der Fachkräfte hervorrufen kann. Der Prozess der Sekundären Traumatisierung wird darüber hinaus durch das Konzept des "Kindlings" erklärt, wie von Daniels (2006) beschrieben. Kindling bezeichnet die wiederholte Aktivierung emotionsverarbeitender Gehirnareale, was zu einer Sensibilisierung und einer herabgesetzten Schwelle für emotionale Reaktionen führt. Dies impliziert, dass selbst geringfügige Stressoren intensive emotionale Reaktionen hervorrufen können, was das Risiko einer Sekundären Traumatisierung weiter erhöht.

Die Ergebnisse können ferner dadurch erklärt werden, dass kognitive Empathie zwar das Verständnis für die Perspektiven und Gedanken anderer Personen fördert, jedoch nicht die gleiche emotionale Belastung hervorruft wie emotionale Empathie (siehe Altmann 2015, Püttker et al. 2015). Fachkräfte mit ausgeprägter kognitiver Empathie sind in der Lage, eine größere emotionale Distanz zu wahren und dadurch ihre eigene psychische Gesundheit besser zu schützen. Insgesamt wird deutlich, dass emotionale Empathie ein wesentlicher Faktor für die Entstehung von Sekundärer Traumatisierung ist, während kognitive Empathie in dieser Stichprobe keine signifikante Korrelation aufweist.

In der Praxis impliziert dies, dass Fachkräfte darin geschult werden sollten, ihre emotionale und kognitive Empathie situationsgerecht und situationsangemessen einzusetzen, wobei der Förderung von Resilienz besondere Bedeutung zukommen sollte. Schulungs- und Präventionsprogramme sollten darauf abzielen, Fachkräfte mit den notwendigen Werkzeugen auszustatten, um ihre emotionale Empathie adäquat zu regulieren und gleichzeitig ihre Fähigkeit zur kognitiven Perspektivübernahme zu stärken.

Eine unzureichende Schulung sowie fehlende Unterstützung im Umgang mit emotionaler Belastung können dazu führen, dass Fachkräfte weniger empathisch reagieren und sich emotional distanzieren (siehe Pearlman/Saakvitne 1995). Obwohl Fachkräfte mit geringerer emotionaler Empathie möglicherweise ein reduziertes Risiko für Sekundäre Traumatisierung aufweisen, könnte dies gleichzeitig zu einer verminderten Betreuungsqualität führen. Kinder und Jugendliche, welche traumatische Erfahrungen durchlebt haben, benötigen nicht nur kognitive Unterstützung, sondern auch emotionales Mitgefühl und Verständnis. Eine übermäßige emotionale Distanzierung könnte zur Folge haben, dass Fachkräfte als unzugänglich wahrgenommen werden, was das Vertrauen und die pädagogische Beziehung negativ beeinflussen könnte (siehe Richard 2020, Weiß 2021). Es ist daher von entscheidender Bedeutung, die emotionalen Empathiefähigkeiten der Befragten weiter zu stärken, um eine umfassende und einfühlsame Betreuung traumatisierter Kinder und Jugendlicher sicherzustellen (siehe Reinhard/Maercker 2004, Hudnall Stamm 2002).

Ein wichtiger Aspekt dieser Untersuchung betrifft die Verteilung der individuellen Ausprägungen in den beiden Empathiebereichen. Insbesondere zeigte sich bei der emotionalen Empathie unter den Befragten eine homogene Verteilung, was bedeutet, dass nahezu die Hälfte der Stichprobe entweder eine hohe oder niedrige emotionale Empathie aufweist. Dies deutet darauf hin, dass die Hälfte der Teilnehmenden eine geringe Neigung besitzt, die Emotionen anderer intensiv nachzuempfinden oder zu teilen, während die andere Hälfte eine hohe Neigung dazu aufweist. Diese homogene Verteilung könnte die Berechnung der Korrelation zwischen emotionaler Empathie und Sekundärer Traumatisierung beeinflusst haben. Eine solche Konzentration der emotionalen Empathiewerte auf extreme Ausprägungen könnte die Fähigkeit einschränken, eine starke Korrelation mit Sekundärer Traumatisierung zu identifizieren (siehe Berger-Grabner 2022). Trotz dieser methodischen Limitation konnte jedoch eine signifikante positive Korrelation zwischen emotionaler Empathie und Sekundärer Traumatisierung festgestellt werden. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit den Erkenntnissen von Figley (2002), der darauf hinweist, dass eine ausgeprägte emotionale Empathie, insbesondere in helfenden Berufen, einen wesentlichen Risikofaktor für die Entwicklung von Compassion Fatigue darstellen kann.

Im Gegensatz dazu wurde bei der kognitiven Empathie eine überwiegend hohe Ausprägung unter den Befragten festgestellt, während nur ein geringer Anteil niedrige Werte aufwies. Diese ungleichmäßige Verteilung der kognitiven Empathiewerte könnte ebenso die statistische Analyse der Korrelationen beeinflusst haben, indem sie die Varianz innerhalb dieser Variablen reduzierte. Eine reduzierte Varianz innerhalb einer Variablen kann zu einer Verzerrung der Korrelationsstärke führen und möglicherweise dazu beitragen, dass die tatsächlichen Zusammenhänge unterschätzt werden (siehe Berger-Grabner 2022). Fachkräfte mit hoher kognitiver Empathie scheinen in der Lage zu sein, ihre Arbeit effektiv zu verrichten, ohne emotional überwältigt zu werden, was auch von Pearlman und Saakvitne (1995) im Rahmen des Konzepts der "Vicarious Traumatization" bestätigt wird. Die hohe Ausprägung kognitiver Empathie in dieser Stichprobe zeigt jedoch keine signifikante Korrelation mit den Ausprägungen Sekundärer Traumatisierung.

Zusätzlich sei hier nochmals auf die, bei der Faktorenanalyse errechneten, niedrigen Cronbach's Alpha-Koeffizienten verwiesen, was auf eine mäßige interne Konsistenz der Skalen hinweist. Diese Werte deuten darauf hin, dass die Skalen in dieser Stichprobe nicht optimal reliabel sind, was mögliche Messfehler bei der Erfassung der Empathiewerte impliziert. Trotz dieser Einschränkungen liefern die Ergebnisse dennoch wertvolle Einblicke in die Zusammenhänge zwischen Empathie und Sekundärer Traumatisierung.

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Art und Weise, wie Empathie erlebt und ausgedrückt wird, einen erheblichen Einfluss auf das Risiko der Entwicklung Sekundärer Traumatisierung ausübt. Fachkräfte mit hoher emotionaler Empathie, die intensiv auf die emotionalen Zustände von Kindern und Jugendlichen reagieren, sind einem erhöhten Risiko ausgesetzt, sekundäre traumatische Belastungen zu entwickeln. Im Gegensatz dazu würde eine ausgeprägte kognitive Empathie, die durch eine distanzierte und analytische Perspektive gekennzeichnet ist, den Fachkräften ermöglichen, ihre Arbeit effektiv zu verrichten, ohne selbst emotional überwältigt zu werden. Zusammenfassend bestätigen die Ergebnisse der vorliegenden Studie die Hypothese, dass emotionale Empathie signifikant mit einem erhöhten Risiko für Sekundäre Traumatisierung korreliert. Hingegen wurde für

kognitive Empathie keine solche signifikante Korrelation in dieser Stichprobe nachgewiesen.

Ein weiteres Ergebnis der Untersuchung war die signifikante negative Korrelation zwischen Resilienz und Sekundärer Traumatisierung. Dieses Ergebnis unterstützt die Annahme, dass höhere Resilienzwerte mit einer geringeren Ausprägung von Symptomen der Sekundären Traumatisierung assoziiert sind. Diese Befunde stehen im Einklang mit der bestehenden Literatur, die die schützende Funktion von Resilienz gegenüber traumabedingten Belastungen hervorhebt (siehe David 2012).

Resilienz, definiert als die Fähigkeit, sich effektiv an Stresssituationen anzupassen und sich davon zu erholen, spielt eine entscheidende Rolle bei der Entstehung von Sekundärer Traumatisierung. Resiliente Fachkräfte zeigen eine höhere Fähigkeit zur emotionalen Regulation und nutzen effektive Bewältigungsstrategien, um den emotionalen Belastungen ihrer beruflichen Tätigkeit standzuhalten (siehe Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019, Hernández-Wolfe 2018). Wilson und Thomas (2014) mit ihrem Konzept der „Traumatoid States“, das verschiedene Reaktionsmuster auf beruflichen Stress und traumatische Belastungen beschreibt, betonen, dass sowohl Empathie als auch die Exposition gegenüber traumatischem Material zentrale Faktoren für die Entwicklung von Sekundärer Traumatisierung darstellen. Wobei individuelle Unterschiede in der Resilienz die Anfälligkeit für diese Belastungen maßgeblich beeinflussen können.

Die empirischen Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung von Resilienz als Schutzfaktor. Dies deckt sich mit den Erkenntnissen der bestehenden Forschung, welche Resilienztraining und Selbstfürsorge als wesentliche Maßnahmen zur Prävention von Sekundärer Traumatisierung identifizieren (siehe Püttker et al. 2015). Adams et al. (2008) argumentieren, dass das Fehlen von Resilienzmerkmalen ein Faktor für die potenzielle Anfälligkeit gegenüber Sekundärer Traumatisierung sei.

Die Theorie der Vicarious Resilience, wie bereits in Zusammenhang mit Hypothese 6 diskutiert, liefert zusätzliche Erklärungsansätze für diesen Zusammenhang. Hernández-Wolfe (2018) fand heraus, dass Fachkräfte, welche die Resilienz ihrer Klient*innen miterleben, selbst positive psychologische Effekte erfahren können, was zu einer erhöhten Berufszufriedenheit und gesteigerter eigener Resilienz führt. Diese Erkenntnisse sind besonders relevant für die Entwicklung von Interventionsprogrammen, die darauf abzielen, die Resilienz von Fachkräften zu stärken, um die negativen Folgen von Sekundärer Traumatisierung zu mindern.

Resilienz kann durch verschiedene Maßnahmen gestärkt werden, darunter regelmäßige Supervision, die Förderung von Selbstfürsorge und die Schaffung unterstützender Arbeitsumgebungen. Weiß (2021) betont, dass Fachkräfte, welche mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen arbeiten, ähnliche psychische Auswirkungen erfahren können wie die Minderjährigen selbst, und dass präventive Maßnahmen sowie Schulungen zur Stärkung der Resilienz entscheidend sind, um diesen Belastungen effektiv entgegenzuwirken.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die vorliegenden empirischen Befunde Hypothese 8 stützen. Höhere Resilienzwerte sind mit geringeren Symptomen der Sekundären Traumatisierung verbunden, was die Bedeutung von Resilienz als Schutzfaktor unter-

streicht. Dieses Ergebnis ist konsistent mit den theoretischen Überlegungen und empirischen Befunden in der Literatur und unterstreicht die Bedeutung der Förderung von Resilienz als Schutzfaktor gegen die negativen Auswirkungen der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen (siehe Adams et al. 2008). Dies bietet eine wertvolle Grundlage für die Entwicklung von Interventionsprogrammen, die darauf abzielen, die psychische Gesundheit und berufliche Effektivität von Fachkräften in der sozialen Arbeit zu verbessern.

Abschließend lässt sich sagen, dass die vorliegenden empirischen Befunde Subfrage 2 stützen und zeigen, dass emotionale Empathie signifikant mit einer stärkeren Ausprägung von Sekundärer Traumatisierung korreliert, während kognitive Empathie keinen solchen Zusammenhang aufweist. Gleichzeitig bestätigt die Studie, dass höhere Resilienzwerte mit geringeren Symptomen der Sekundären Traumatisierung verbunden sind.

Daher werden nun mit der letzten Subfrage die Ergebnisse der dazu durchgeführten multiplen linearen Regressionsanalyse diskutiert, die klären soll, inwieweit unterschiedliche Faktoren den Grad einer Sekundären Traumatisierung vorhersagen können.

Subfrage 3

Inwieweit lässt sich der Grad Sekundärer Traumatisierung durch die Faktoren Resilienz und Empathiefähigkeit vorhersagen?

Hypothese 9 postuliert, dass „emotionale Empathie“, „kognitive Empathie“ und „Resilienz“ den Grad an Sekundärer Traumatisierung vorhersagen. Die Ergebnisse der durchgeführten multiplen linearen Regressionsanalyse zeigen eine differenzierte Wirksamkeit dieser Variablen.

Es wird deutlich, dass weder die kognitive Empathie, die Berufserfahrung noch das Alter eine signifikante Vorhersagekraft für den Grad Sekundärer Traumatisierung besitzen. Dies impliziert, dass weder das Verständnis der Emotionen anderer (kognitive Empathie) noch die Dauer der beruflichen Tätigkeit oder das Alter wesentliche Determinanten für Sekundäre Traumatisierung darstellen.

Im Gegensatz dazu zeigen sich emotionale Empathie, Resilienz und eigene traumatische Erfahrungen als signifikante Prädiktoren für den Grad Sekundärer Traumatisierung. Ein erhöhtes Maß an emotionaler Empathie korreliert positiv mit einer intensiveren emotionalen Belastung, während Resilienz negativ mit einer verminderten Sekundären Traumatisierung assoziiert ist. Besonders bemerkenswert ist die Feststellung, dass Fachkräfte ohne eigene traumatische Erlebnisse einen geringeren Grad an Sekundärer Traumatisierung aufweisen.

Die Relevanz dieser Ergebnisse lässt sich im Kontext der bestehenden Literatur und theoretischen Überlegungen weiter diskutieren. Emotionale Empathie könnte Fachkräfte besonders anfällig für die emotionale Belastung machen, welche aus der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen resultiert. Diese Befunde korrespondieren beispielsweise mit den Arbeiten von Figley (2015), die aufzeigen, dass emotionale Empathie sowohl positiv als auch negativ gesehen werden kann. Während emotionale Empathie eine tiefere Verbindung und ein besseres Verständnis für die Erlebnisse der betreuten Kinder und

Jugendlichen ermöglicht, kann sie gleichzeitig zu einer intensiveren emotionalen Involvierung führen, was wiederum eine erhöhte psychische und physische Belastung für die Fachkräfte nach sich ziehen kann.

Resilienz hingegen erweist sich als protektiver Faktor gegen Sekundäre Traumatisierung, was im Einklang mit der bestehenden Forschung und etwa den Aussagen von David (2012) steht, die Resilienz als einen entscheidenden Faktor für psychische Gesundheit und Wohlbefinden identifizieren. Resiliente Fachkräfte sind besser in der Lage, den emotionalen Herausforderungen ihrer Arbeit zu begegnen und sich von den Belastungen, die durch die Konfrontation mit den traumatischen Erlebnissen ihrer Klient*innen entstehen, zu erholen.

Die Erkenntnis, dass eigene traumatische Erfahrungen die Anfälligkeit für Sekundäre Traumatisierung erhöhen, ist ebenfalls von erheblicher Bedeutung. Diese Ergebnisse legen nahe, dass Fachkräfte, welche selbst traumatische Erlebnisse durchlebt haben, möglicherweise weniger gut in der Lage sind, sich emotional von den traumatischen Geschichten ihrer zu betreuenden Kinder und Jugendlichen zu distanzieren. Dies könnte durch eine Reaktivierung eigener traumatischer Erinnerungen und Emotionen erklärt werden, was zu einer verstärkten emotionalen Belastung führt. Dieser Befund ist konsistent mit der Forschung z.B. von Pearlman und Saakvitne (1995), die darauf hinweisen, dass eigene traumatische Erfahrungen die Fähigkeit zur Bewältigung von Sekundärer Traumatisierung beeinträchtigen können.

Es ist wichtig zu beachten, dass kognitive Empathie keinen signifikanten Einfluss auf den Grad an Sekundärer Traumatisierung hatte. Dies könnte darauf hinweisen, dass das bloße Verständnis der Emotionen und Perspektiven anderer nicht ausreicht, um eine emotionale Beteiligung zu erzeugen, welche zu Sekundärer Traumatisierung führt. Vielmehr scheint die emotionale Komponente der Empathie, die zu einer tieferen emotionalen Verbindung führt, der entscheidende Faktor zu sein.

Die Kontrollvariablen Berufsjahre und Alter hatten ebenfalls keinen signifikanten Einfluss auf die Vorhersagekraft in Bezug auf den Grad an Sekundärer Traumatisierung. Dies steht im Gegensatz zu einigen Studien, welche darauf hinweisen, dass Berufserfahrung und Alter Schutzfaktoren sein könnten (siehe Adams et al. 2008). Eine mögliche Erklärung für dieses Ergebnis könnte die Homogenität der Stichprobe in Bezug auf diese Variablen sein oder das Vorhandensein anderer moderierender Faktoren, die in dieser Analyse nicht berücksichtigt wurden. Darüber hinaus könnte dies auch darauf hindeuten, dass Sekundäre Traumatisierung in stark belastenden Berufsfeldern, wie der sozialpädagogischen Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen, weniger durch demografische Faktoren wie Alter und Berufserfahrung, sondern vielmehr durch persönliche und berufliche Ressourcen, Bewältigungsstrategien oder auch durch die Unterstützungssysteme im Arbeitsumfeld beeinflusst wird. Diese Ergebnisse könnten weiters aufzeigen, dass ältere oder erfahrenere Fachkräfte nicht zwangsläufig besser gegen Sekundäre Traumatisierung geschützt sind. Einerseits könnte darauf zurückzuführen sein, dass mit zunehmender Berufserfahrung und Alter möglicherweise eine Akkumulation von Belastungen stattfindet, die den erwarteten schützenden Effekt der Erfahrung neutralisieren. Andererseits könnte die fehlende signifikante Auswirkung auch bedeuten, dass unabhängig vom Alter oder der Berufserfahrung alle Fachkräfte einem ähnlichen Risiko ausgesetzt sind, was die Notwendigkeit universeller Unterstützungsmaßnahmen im beruflichen Umfeld betont.

Interessanterweise zeigen die Ergebnisse der Regressionsanalyse in Bezug auf Alter identische Ergebnisse wie bei Hypothese 3, bei der ebenfalls kein signifikanter Zusammenhang zwischen Alter und dem Ausmaß an Sekundärer Traumatisierung festgestellt wurde. Diese Übereinstimmung könnte darauf hinweisen, dass das Alter möglicherweise nicht die Schutzfunktion darstellt, die sie in früheren Studien zu haben schien, zumindest nicht in dieser spezifischen Stichprobe. Eine weitere mögliche Interpretation könnte sein, dass andere Variablen, wie etwa Resilienz oder eigene Traumata einen größeren Einfluss auf die Entwicklung von Sekundärer Traumatisierung haben könnten als das Alter und dieses überlagern.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse für Subfrage 3, dass emotionale Empathie, Resilienz und eigene traumatische Erfahrungen entscheidende Rollen bei der Vorhersage des Grades Sekundärer Traumatisierung spielen. Während eine hohe emotionale Empathie das Risiko für Sekundäre Traumatisierung erhöht, wirkt Resilienz als schützender Faktor, der die Belastung reduziert. Im Gegensatz dazu zeigen kognitive Empathie, Berufserfahrung und Alter keine signifikante Vorhersagekraft, was darauf hindeutet, dass nicht das Verständnis der Emotionen, sondern vielmehr die emotionale Beteiligung und die Fähigkeit zur psychischen Widerstandskraft entscheidend sind.

Auf Grundlage der bisher dargestellten und diskutierten Ergebnisse der Subfragen kann nun die zentrale Forschungsfrage dieser Arbeit beantwortet werden:

„Inwieweit lässt sich Sekundäre Traumatisierung bei sozialpädagogischen Fachkräften in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen durch Faktoren wie Resilienz und Empathie vorhersagen?“

Das in dieser Studie verwendete Regressionsmodell erklärt insgesamt 20,7% der Varianz des Grades an Sekundärer Traumatisierung. Diese Befunde werfen mehrere wissenschaftliche Überlegungen auf. Zunächst bedeutet dies, dass lediglich 20,7% der Variabilität in der abhängigen Variablen – dem Grad an Sekundärer Traumatisierung – durch die im Modell enthaltenen Prädiktoren erklärt werden. Dies impliziert, dass 79,3% der Variabilität durch andere, in diesem Modell nicht berücksichtigte Faktoren bedingt sind. Obwohl ein relativ geringer Erklärungswert nicht zwingend die Validität des Modells infrage stellt, deutet er dennoch darauf hin, dass zahlreiche relevante Variablen existieren, die in der vorliegenden Analyse nicht berücksichtigt wurden.

Diese Befunde könnten auf mehrere Aspekte hinweisen. Erstens könnte dies darauf hindeuten, dass Sekundäre Traumatisierung ein hochkomplexes Phänomen ist, das von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst wird, die in dieser spezifischen Analyse nicht berücksichtigt wurden (siehe Figley 2002, Pearlman/Saakvitne 1995, Daniels 2006). Faktoren wie individuelle Persönlichkeitsunterschiede, spezifische Arbeitsbedingungen, das Vorhandensein sozialer Unterstützung sowie die Art der eigenen traumatischen Erfahrungen könnten zusätzliche signifikante Prädiktoren darstellen.

Zweitens könnte der niedrige Prozentsatz auch auf methodische Limitationen der Studie hinweisen. Es ist möglich, dass wesentliche Variablen übersehen oder nicht mit hinreichender Präzision erfasst wurden. Beispielsweise könnten Variationen in der Operationalisierung von Resilienz oder emotionaler Empathie die Ergebnisse beeinflusst haben, da

unterschiedliche Messinstrumente zu divergierenden Befunden führen könnten. An dieser Stelle sei nochmals betont, dass Resilienz keine statische Eigenschaft darstellt, sondern vielmehr als ein dynamischer, durch unterschiedliche Lebenserfahrungen geformter Prozess zu verstehen ist. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass emotionale Empathie in der untersuchten Stichprobe eine relativ geringe Varianz aufweist. Die Reliabilität und Validität der verwendeten Messinstrumente könnten somit ebenfalls die Genauigkeit und Aussagekraft der Ergebnisse beeinträchtigt haben (siehe Elwood et al. 2011).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der Erklärungswert des Regressionsmodells weitreichende Implikationen für Forschung und Praxis hat. Er verdeutlicht, dass Sekundäre Traumatisierung ein multifaktorielles und komplexes Phänomen darstellt, das nicht vollständig durch die in dieser Studie einbezogenen Variablen erfasst werden kann. Dies unterstreicht die Notwendigkeit weiterer Forschung, die eine umfassendere Auswahl an Prädiktoren berücksichtigen und komplexere methodische Ansätze verfolgen muss. Es bleibt von zentraler Bedeutung, die Modellierung von Sekundärer Traumatisierung weiter zu verfeinern und dabei sowohl individuelle als auch kontextuelle Faktoren zu integrieren, um den Schutz von Fachkräften im sozialpädagogischen Bereich in ihrer anspruchsvollen Tätigkeit nachhaltig zu fördern.

Abschließend sei nochmals betont, dass die Werte für Sekundäre Traumatisierung, Empathie und Resilienz auf den Selbsteinschätzungen der Teilnehmenden beruhen. Dies bedeutet, dass die Ergebnisse durch die subjektive Wahrnehmung der Fachkräfte beeinflusst sein können, daher wurde bei den Interpretationen der Daten darauf geachtet, die potenzielle Subjektivität der Selbsteinschätzungen zu berücksichtigen.

Limitationen

Diese Masterarbeit weist zusätzlich weitere Limitationen auf, die im Folgenden detailliert erörtert werden. Zu den wesentlichen Einschränkungen zählt die Größe der Stichprobe, insbesondere der geringe Anteil männlicher Teilnehmer. Darüber hinaus variierte die Rücklaufquote erheblich zwischen den einzelnen Bundesländern, was die Repräsentativität und Generalisierbarkeit der Ergebnisse signifikant einschränkt. Diese Limitationen erschweren es, die Ergebnisse dieser Studie als repräsentativ für alle Fachkräfte in Krisenzentren und Wohngruppen in Österreich zu betrachten. Die begrenzte Anzahl männlicher Teilnehmer und die spezifische Zusammensetzung der Stichprobe könnten dazu führen, dass wesentliche Subgruppen innerhalb der Population nicht adäquat repräsentiert sind, was die Aussagekraft und die Übertragbarkeit der Ergebnisse beeinträchtigen.

Ein weiteres Problem betrifft die niedrigen Werte der Sekundären Traumatisierung in den erhobenen Daten, was möglicherweise zu inkorrekten Darstellungen von Korrelationen geführt haben könnte. Die methodische Begrenzung zeigt sich zudem in der Messung von Empathie durch den verwendeten Selbstbeurteilungsfragebogen. Empathie ist ein komplexes Konstrukt, das sowohl durch stabile Persönlichkeitsmerkmale als auch durch situative Faktoren beeinflusst wird. Darüber hinaus kann die Empathiefähigkeit innerhalb einer Person variieren. Aktuelle emotionale Zustände, wie beispielsweise Ärger oder Frust, könnten die Fähigkeit zur Perspektivübernahme beeinträchtigen, da in solchen emotionalen Zuständen die eigene Sichtweise dominieren kann. Da die Studie online durchgeführt wurde,

war es nicht möglich, das aktuelle emotionale Befinden der Teilnehmer*innen vollständig zu erfassen, was die Validität der Messungen möglicherweise beeinflusst hat.

Es ist ferner zu berücksichtigen, dass die ausgeprägte Symmetrie in der Verteilung der emotionalen Empathiewerte innerhalb der Stichprobe, sowohl in hohen als auch niedrigen Ausprägungen, möglicherweise zu einer Verringerung der Varianz in dieser Variablen geführt hat, was wiederum die Stärke der beobachteten Korrelationen beeinflusst haben könnte. Zukünftige Forschung sollte daher eine heterogenere Stichprobe in Betracht ziehen, um ein umfassenderes und differenzierteres Verständnis der Zusammenhänge zwischen Empathie und Sekundärer Traumatisierung zu erlangen. Darüber hinaus wäre es ratsam, verschiedene Messmethoden zu kombinieren, um die Reliabilität und Validität der Ergebnisse zu erhöhen.

Eine wesentliche Limitation betrifft die potenzielle Verzerrung durch soziale Erwünschtheit. Teilnehmer*innen könnten dazu tendieren, ihre Antworten so zu gestalten, dass sie als sozial akzeptabel oder normkonform erscheinen. Dies könnte zu einer Unterschätzung der tatsächlichen Prävalenz und Schwere der Sekundären Traumatisierung geführt haben. Diese Problematik ist besonders relevant bei der Verwendung von Selbsteinschätzungsfragebögen in sensiblen Bereichen wie der psychischen Gesundheit und bei traumatischen Erfahrungen. Es besteht die Möglichkeit, dass Fachkräfte ihre Belastungen und die daraus resultierenden Symptome minimieren, um ein professionelles und belastbares Selbstbild zu vermitteln. Diese Tendenz, die als sozial erwünschtes Antwortverhalten bezeichnet wird, tritt häufig in Berufen auf, die hohe Standards an beruflicher Ethik und Belastbarkeit erfordern, wie etwa in der Sozialpädagogik. Fachkräfte könnten dem Druck ausgesetzt sein, ihre psychische Belastung herunterzuspielen, um nicht als ungeeignet für ihre berufliche Rolle wahrgenommen zu werden, was zu einer Unterschätzung der tatsächlichen Prävalenz Sekundärer Traumatisierung führen könnte.

Die freiwillige Teilnahme an der Studie stellt eine weitere methodische Limitation dar, die potenziell zu einer Selbstselektion der Teilnehmenden geführt haben könnte. Diese Selektionseffekte könnten zu einer systematischen Verzerrung der Ergebnisse beigetragen haben. Insbesondere könnten Fachkräfte, welche ein höheres Bewusstsein für Sekundäre Traumatisierung aufweisen, eher zur Teilnahme an der Studie motiviert gewesen sein, was die Resultate zugunsten dieser Subgruppe beeinflusst haben könnte. Diese Selbstselektion könnte somit die Ergebnisse verzerrt und die Generalisierbarkeit der Befunde weiter einschränkt haben.

Ein weiterer methodischer Aspekt betrifft die zeitliche Begrenzung der Datenerhebung. Da die Erhebung zu einem einzigen Zeitpunkt durchgeführt wurde, fehlt es an der Möglichkeit, Veränderungen oder Entwicklungen im Zeitverlauf zu beobachten. Langfristige Studien oder wiederholte Messzeitpunkte könnten wertvolle Einblicke in die Dynamik und Entwicklung von Sekundärer Traumatisierung und deren Symptomen bei Fachkräften bieten. Solche Längsschnittstudien könnten dazu beitragen, die Kausalzusammenhänge besser zu verstehen und Interventionen gezielter zu gestalten.

Die Erfassung und Analyse spezifischer Arbeitsbedingungen und organisationaler Faktoren wurden in dieser Studie nicht hinreichend berücksichtigt. Faktoren wie Arbeitsbelastung, Verfügbarkeit von Supervision und kollegiale Unterstützung, die Kultur und das Klima der Arbeitsumgebung sowie die spezifischen Herausforderungen des jeweiligen

Arbeitskontextes könnten einen signifikanten Einfluss auf das Risiko der Entwicklung von Sekundärer Traumatisierung haben und sollten in zukünftigen Untersuchungen als potenzielle Prädiktoren einbezogen werden. Eine detailliertere Untersuchung dieser Variablen könnte wertvolle Erkenntnisse zur Entwicklung gezielter Präventions- und Interventionsmaßnahmen liefern.

Darüber hinaus hätte die Untersuchung von Schutz- und Risikofaktoren umfassender gestaltet werden können. Aspekte wie spezifische Bewältigungsstrategien der Fachkräfte oder detaillierte Informationen zu deren beruflichen Rahmenbedingungen, wie beispielsweise Tag- und Nachtdienste, wurden nicht erfasst. Diese Faktoren könnten jedoch erheblichen Einfluss auf die Entstehung und Intensität von Sekundärer Traumatisierung haben. Zudem könnten Unterschiede im Ausmaß der Sekundären Traumatisierung in Abhängigkeit davon bestehen, ob Fachkräfte eigene Kinder oder Jugendliche im gleichen Alter wie die zu betreuenden haben.

Schließlich sollte die Rolle der institutionellen und politischen Rahmenbedingungen in der Analyse systematisch einbezogen werden. Die Unterstützung und Ressourcen, die Fachkräfte durch ihre Organisationen und das breitere soziale System erhalten, könnten einen erheblichen Einfluss auf ihre Fähigkeit haben, mit sekundärtraumatischen Belastungen adäquat umzugehen. Faktoren wie die Frequenz von Supervisionen, Teamgesprächen und Einzelgesprächen wurden in dieser Studie nicht erfasst, sollten jedoch in zukünftigen Untersuchungen berücksichtigt werden. Diese Aspekte könnten von entscheidender Bedeutung dafür sein, wie effektiv Fachkräfte den Anforderungen ihres Arbeitsumfelds begegnen können.

Aufgrund der oben genannten Einschränkungen sind die Ergebnisse dieser Masterarbeit auf die vorliegende Stichprobe beschränkt und können weder als generalisierbar noch als repräsentativ für ganz Österreich angesehen werden. Zukünftige Forschung sollte diese Limitationen berücksichtigen und versuchen, umfassendere und tiefere Einblicke in die Mechanismen und Einflussfaktoren der Sekundären Traumatisierung bei sozialpädagogischen Fachkräften zu gewinnen. Eine breitere und diversifizierte Stichprobe sowie die Berücksichtigung zusätzlicher methodischer und inhaltlicher Faktoren könnten dazu beitragen, die Validität und Aussagekraft zukünftiger Studien zu erhöhen.

Aufbauend auf den zuvor diskutierten Limitationen, die sowohl methodische als auch inhaltliche Einschränkungen der vorliegenden Arbeit beleuchtet haben, werden nachfolgend praxisrelevante Konsequenzen aus den gewonnenen Erkenntnissen gezogen sowie beleuchtet, welche Implikationen diese Ergebnisse für die wissenschaftliche Forschung haben. Im folgenden Kapitel werden daher konkrete Empfehlungen für die berufliche Praxis formuliert, welche auf den identifizierten Schwachstellen sowie Stärken der Untersuchung basieren. Ebenso wird ein Blick auf zukünftige Forschungsrichtungen geworfen, um zu gewährleisten, dass die Erkenntnisse dieser Arbeit zu einer fundierten Weiterentwicklung der wissenschaftlichen Diskussion beitragen können.

9. Konsequenzen und Fazit

Die vorliegende Masterarbeit hat gezeigt, dass sozialpädagogische Fachkräfte, welche mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen arbeiten, zwar einem gewissen Risiko der Sekundären Traumatisierung ausgesetzt sind, jedoch über Kompetenzen verfügen, die zur Regulation dieser Belastungen beitragen. Diese Erkenntnis ist von großer Bedeutung, da sie nicht nur das individuelle Wohlbefinden der Fachkräfte, sondern auch die Qualität der Betreuung der ihnen anvertrauten Kindern und Jugendlichen beeinflusst. Angesichts der zentralen Rolle von Resilienz und Empathiefähigkeit für die Bewältigung dieser Herausforderungen ergeben sich wesentliche Implikationen sowohl für die Ausbildung als auch für die berufliche Praxis sozialpädagogischer Fachkräfte.

Durch die gezielte Förderung von Resilienz und die Unterstützung von Fachkräften bei der Bewältigung der emotionalen Anforderungen ihrer Tätigkeit können die negativen Auswirkungen Sekundärer Traumatisierung weiter reduziert und eine gesündere sowie unterstützendere Arbeitsumgebung geschaffen werden. Die Ergebnisse der Studie deuten darauf hin, dass Fachkräfte von spezifischen Trainingsprogrammen profitieren könnten, die darauf abzielen, ihre Resilienz zu stärken und ihnen effektive Bewältigungsstrategien zu vermitteln. Zudem könnte die Förderung einer gesunden emotionalen Distanz sowie die Entwicklung von Techniken zur Regulation emotionaler Empathie hilfreich sein, um die Belastung durch Sekundäre Traumatisierung zu reduzieren. Dies würde nicht nur das Wohlbefinden der Fachkräfte verbessern, sondern auch die Betreuungsqualität der Kinder und Jugendlichen steigern.

Die Integration von Resilienztraining in die Ausbildung und berufliche Praxis sozialpädagogischer Fachkräfte kann einen wesentlichen Beitrag zur Reduktion von Sekundärer Traumatisierung leisten. Organisationen sollten ein unterstützendes Arbeitsumfeld schaffen und Zugang zu Mentoring und therapeutischen Angeboten gewährleisten, um das mentale Wohlbefinden ihrer Mitarbeiter*innen zu fördern. Resilienz, definiert als die Fähigkeit, sich von schwierigen Lebenssituationen zu erholen und gestärkt daraus hervorzugehen, erweist sich als essenzielle Kompetenz im Umgang mit Sekundärer Traumatisierung. Dies deutet darauf hin, dass die Förderung von Resilienz nicht nur im Berufsleben, sondern bereits in der Ausbildung von sozialpädagogischen Fachkräften verankert werden sollte. Trainingsprogramme, welche auf die Stärkung der persönlichen Widerstandskraft abzielen, können Fachkräfte besser auf die Herausforderungen ihres Berufs vorzubereiten und ihnen helfen, diesen gestärkt entgegenzutreten. Ein Beispiel für ein solches Programm ist das Stress Inoculation Training (SIT), das Techniken zur Stressbewältigung und zur Steigerung der Resilienz vermittelt (siehe Meichenbaum 2007). SIT ist ein kollaborativer Ansatz, der das Umfeld der Fachkräfte einbezieht, um stressauslösende Verhaltensweisen und Einstellungen zu beeinflussen. Es unterstützt Fachkräfte dabei, ihre Stressbewältigungsfähigkeiten zu generalisieren und aufrechtzuerhalten.

Darüber hinaus sollten regelmäßige Supervisionen und Peer-Support-Gruppen einen sicheren Raum bieten, in dem Fachkräfte ihre Erfahrungen teilen und Unterstützung erhalten

können. Diese Maßnahmen dienen der Reduktion emotionaler Belastung und der Förderung der psychischen Gesundheit der Fachkräfte (siehe ebd.). Tatjana Reichhart und Claudia Pusch erläutern, dass Resilienz als dynamisches Gleichgewicht zwischen Risikofaktoren (z.B. Stress, Trauma) und Schutzfaktoren (z.B. soziale Unterstützung, positive Selbstwahrnehmung) verstanden werden kann. Fachkräfte lernen, diese Faktoren zu identifizieren und gezielt zu beeinflussen, um ihre Resilienz zu stärken (siehe Reichhart/Pusch 2023).

Die Förderung sowohl kognitiver als auch situationsgerechter emotionaler Empathie ist neben der Resilienz ein weiterer zentraler Aspekt in der Arbeit sozialpädagogischer Fachkräfte. Empathie ist nicht nur eine grundlegende Voraussetzung für erfolgreiche pädagogische Arbeit, sondern auch ein potenzieller Risikofaktor für Sekundäre Traumatisierung. Daher ist es entscheidend, dass Fachkräfte lernen, eine Balance zwischen empathischer Anteilnahme und notwendiger professioneller Distanz zu finden. Diese Problematik wird in der Literatur unter anderem von Karim Fathi (2019) sowie Marcus Roth, Victoria Schönfeld und Tobias Altmann (2016) behandelt. Fathi betont in seinem Empathietraining die Bedeutung von Konfliktlösung und einem verbesserten Miteinander durch gezielte Empathieschulungen. Er zeigt verschiedene Strategien und Techniken zur Konfliktlösung auf, darunter die konsensorientierte Strategie und die gewaltfreie Kommunikation nach Marshall Rosenberg. Ein weiterer Schwerpunkt liegt bei ihm auf der Selbstempathie, also der Fähigkeit, eigene Konflikte zu erkennen und negative Glaubenssätze sowie Emotionen zu überwinden. Roth et al. präsentieren verschiedene Trainings- und Interventionsprogramme zur Förderung von Empathie, welche auch in traumabezogenen Berufsfeldern Anwendung finden können. Diese Programme zielen darauf ab, die Empathiefähigkeit von Fachkräften zu stärken, damit sie besser den emotionalen Anforderungen des Berufs gewachsen sind.

Um die Wirksamkeit dieser Maßnahmen langfristig sicherzustellen, ist die Einführung von Evaluationsinstrumenten von entscheidender Bedeutung. Regelmäßige psychische Gesundheitschecks, standardisierte Befragungen zur Erfassung des Wohlbefindens der Fachkräfte sowie die systematische Erfassung von Indikatoren für Stress und Sekundäre Traumatisierung sollten in den Arbeitsalltag integriert werden. Diese kontinuierliche Evaluation ermöglicht es, die Resilienz- und Empathieförderungsprogramme bedarfsgerecht anzupassen und sicherzustellen, dass sie die gewünschten positiven Effekte erzielen. Eine solche langfristige Begleitung gewährleistet, dass die Fachkräfte nachhaltig unterstützt werden und ihre berufliche Leistungsfähigkeit sowie ihr mentales Wohlbefinden auch in belastenden Situationen aufrechterhalten können.

Ein weiterer wichtiger Aspekt in der Arbeit sozialpädagogischer Fachkräfte ist die Schulung in Techniken der Selbstfürsorge und Stressbewältigung. Diese Techniken sollten nicht nur theoretisch vermittelt sondern auch praktisch in den Arbeitsalltag integriert werden. Fachkräfte sollten dazu ermutigt werden, regelmäßige Pausen einzulegen, körperliche Aktivitäten zu praktizieren, ausreichend Schlaf zu bekommen und Aktivitäten nachzugehen, die ihnen Freude und Entspannung bringen. Techniken wie Achtsamkeit und Meditation

können dabei helfen, den Stresspegel zu senken und die emotionale Belastbarkeit zu erhöhen. Silke Doppelfeld betont die entscheidende Rolle der Selbstfürsorge für die Förderung des psychischen Wohlbefindens und die Minimierung von Belastungen. Das ABC der Selbstfürsorge (siehe Doppelfeld 2016) – bestehend aus den Säulen Achtsamkeit, Balance und Connection – bietet eine strukturierte Strategie zur Entwicklung individueller Techniken und Rituale, die zur Erhaltung der psychischen Gesundheit beitragen. Achtsamkeit bedeutet, auf die eigenen Bedürfnisse, Grenzen und Ressourcen zu achten. Balance bezieht sich auf das Gleichgewicht zwischen Arbeit, Freizeit und Erholung. Connection steht für die Verbundenheit mit sich selbst, anderen Menschen und der Natur. Selbstfürsorge sollte jedoch nicht als einmalige Maßnahme, sondern als kontinuierlicher Prozess verstanden werden, der regelmäßige Reflexion und Anpassung erfordert. Fachkräfte sollten ermutigt werden, ihre Selbstfürsorgepraktiken regelmäßig zu überprüfen und an ihre aktuellen Lebens- und Arbeitssituationen anzupassen. Durch die Einführung von Techniken zur Selbstbewertung und -reflexion kann die Wirksamkeit der individuellen Selbstfürsorgemaßnahmen kontinuierlich optimiert werden.

Darüber hinaus ist es ebenso wichtig zu berücksichtigen, dass in dieser Studie eigene Traumata der Fachkräfte als Prädiktor für eine Sekundäre Traumatisierung identifiziert wurden. Daher ist es wichtig, Fachkräfte mit eigenen traumatischen Erfahrungen gezielt zu unterstützen und ihnen bei Bedarf Zugang zu therapeutischen Angeboten zu ermöglichen. Dies kann durch regelmäßige psychologische Beratung, therapeutische Gruppenangebote oder spezialisierte Trainingsprogramme erfolgen, die darauf abzielen, die Auswirkungen eigener Traumata zu mindern und die Resilienz zu stärken.

In der Ausbildung von Fachkräften in der Kinder- und Jugendhilfe sollte ebenso die Prävention Sekundärer Traumatisierung durch den professionellen Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen einen hohen Stellenwert einnehmen. Lehrkräfte und Auszubildende spielen hierbei eine zentrale Rolle und sollten sicherstellen, dass Lernende auf die psychischen Herausforderungen ihres Berufs vorbereitet werden, dies kann beispielsweise durch curriculare Einbindung von Angeboten zur Gesundheitsförderung erfolgen, welche die Resilienz der/des Einzelnen stärken (siehe Doppelfeld 2016). Studierende der Sozialen Arbeit sind bereits während ihrer Ausbildung, insbesondere durch Praktika, dem Phänomen der Sekundären Traumatisierung und den damit verbundenen psychischen Belastungen ausgesetzt. Dieser Herausforderung sollte in der Ausbildung mit traumapädagogischen Ansätzen und geeigneten Selbstfürsorgestrategien begegnet werden. Es ist eine wesentliche Aufgabe aller Beteiligten in der Ausbildung, einen professionellen Umgang mit beruflichen Belastungen zu vermitteln. Dazu gehört insbesondere die Vermittlung von Wissen über die psychodynamischen Hintergründe sowie über Risiko- und Schutzfaktoren zur Erhaltung der psychischen Gesundheit. Das Ziel besteht darin, die Resilienz der Einzelnen zu stärken, indem die Fähigkeit zur Selbstfürsorge gefördert wird. Auf diese Weise kann einer steigenden Fluktuation im Arbeitsfeld sozialpädagogischer Fachkräfte entgegen gewirkt werden, indem Berufsanfänger*innen bereits Strategien zur Stärkung der psychischen Widerstandsfähigkeit sowie Emotionsregulation an die Hand gegeben werden. Daher sollte bereits in der Ausbildung von Sozialpädagog*innen ein verstärkter Fokus auf die

Themen Resilienz und Empathie gelegt werden. Dies könnte durch spezifische Module und praktische Übungen umgesetzt werden, die darauf abzielen, die genannten Kompetenzen gezielt zu fördern bzw. zu regulieren.

Neben der Stärkung individueller Resilienz und Förderung kognitiver sowie situationsgerechter emotionaler Empathiefähigkeit spielt auch die institutionelle, organisatorische Unterstützung am Arbeitsplatz eine entscheidende Rolle im Umgang mit beruflichen Belastungen. Ein Arbeitsumfeld, das durch ein hohes Maß an Unterstützung und Wertschätzung geprägt ist, trägt maßgeblich dazu bei, die Belastungen der Fachkräfte zu minimieren und ihre Bindung an die Organisation zu stärken. Vermehrte Supervision, regelmäßige Fortbildungen und ein offener Austausch im Team sind wesentliche Elemente, welche zu einem unterstützenden Arbeitsklima beitragen. Besonders die Supervision bietet den Fachkräften die Möglichkeit, belastende Erlebnisse zu reflektieren und gemeinsam mit Kolleg*innen Lösungen zu entwickeln. Diese Form der Unterstützung hilft nicht nur, emotionale Belastungen zu reduzieren, sondern fördert auch den Zusammenhalt im Team und die Qualität der pädagogischen Arbeit. Eine unterstützende Arbeitsumgebung sowie eine Kultur des offenen Dialogs und der kollegialen Unterstützung sind wichtige Aspekte zur Förderung der psychischen Gesundheit (siehe Weiß 2021).

Leitungskräfte in Krisenzentren und Wohngruppen sollten darauf hinarbeiten, eine Umgebung zu schaffen, in der Fachkräfte ermutigt werden, offen über ihre Belastungen und Herausforderungen zu sprechen, ohne Angst vor Stigmatisierung oder negativen Konsequenzen zu haben, hier sei auf die bereits erwähnte soziale Erwünschtheit im letzten Kapitel verwiesen. Dies kann durch regelmäßige Teammeetings, eine offene Tür-Politik und das Angebot von psychologischen Unterstützungsdiensten erreicht werden. Ein unterstützendes Arbeitsklima, in dem sich Mitarbeiter*innen wertgeschätzt und verstanden fühlen, kann erheblich dazu beitragen, die Belastungen, die durch Sekundäre Traumatisierung entstehen können, zu verringern. Darüber hinaus sollten Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe regelmäßig Fortbildungen anbieten, die auf die besonderen Herausforderungen im Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen eingehen, wie etwa Nähe-Distanz Problematik oder die Dynamik von traumatischer Übertragung und Gegenübertragung. Diese beiden Konzepte sind zentrale Aspekte der täglichen Arbeit von Fachkräften in der Kinder- und Jugendhilfe, da sie unmittelbar mit den psychologischen und emotionalen Herausforderungen verbunden sind, denen diese Fachkräfte ausgesetzt sind. Das Bewusstsein und die Kompetenz im Umgang mit diesen spezifischen Herausforderungen sind entscheidend für die psychische Gesundheit der Fachkräfte als auch für die Qualität der Betreuung (siehe Kapitel 3.1.).

Ein weiterer wichtiger Punkt in Bezug auf die Leitungsebene ist die Sensibilisierung für die Thematik der Sekundären Traumatisierung. Führungskräfte sollten sich ihrer Verantwortung bewusst sein und aktiv dazu beitragen, ein gesundes und unterstützendes Arbeitsumfeld zu schaffen. Dies kann durch regelmäßige Schulungen und die Implementierung umfassender Maßnahmen zur Gesundheitsförderung erreicht werden. Eine Unternehmenskultur, welche auf Achtsamkeit und gegenseitige Unterstützung ausgerichtet ist, kann

wesentlich dazu beitragen, die psychische Gesundheit der Fachkräfte zu schützen und somit das Risiko einer Sekundären Traumatisierung zu reduzieren.

Die vorliegende Arbeit verdeutlicht ebenso die Notwendigkeit wissenschaftlicher Konsequenzen im Bereich der Sekundären Traumatisierung bei sozialpädagogischen Fachkräften. Trotz der Erkenntnisse der Studie zeigt der geringe Prozentsatz erklärter Varianz, dass Interventionen, die sich ausschließlich auf emotionale Empathie, Resilienz und eigene Traumata konzentrieren, möglicherweise nicht ausreichen, um Sekundäre Traumatisierung umfassend zu adressieren. Forscher*innen sollten berücksichtigen, dass weitere, in dieser Studie nicht erfasste Faktoren ebenfalls eine bedeutende Rolle spielen könnten. Dies unterstreicht die Bedeutung eines integrativen Ansatzes, der multiple Dimensionen der Prävention und Intervention umfasst.

Zukünftige Forschung sollte darauf abzielen, die komplexen Mechanismen und Faktoren, welche zu Sekundärer Traumatisierung beitragen, eingehender zu untersuchen. Es ist möglich, dass Sekundäre Traumatisierung durch Faktoren beeinflusst wird, die entweder schwer zu quantifizieren sind, in einer multiplen linearen Regressionsanalyse schwer zu integrieren oder noch unbekannt sind. Psychologische und soziale Variablen zeichnen sich häufig durch nicht-lineare Zusammenhänge aus und interagieren auf komplexe Weise miteinander. Ein vertiefender Forschungsansatz könnte daher qualitative Methoden einschließen, um die subjektiven Erfahrungen der Fachkräfte detaillierter zu erfassen und potenziell neue, bislang unbeachtete Einflussfaktoren zu identifizieren. Methoden wie tiefenhermeneutische Interviews und Fokusgruppen könnten wertvolle Erkenntnisse liefern, die anschließend in quantitativen Studien weiter untersucht werden sollten.

Dieser Ansatz wäre auch bei der Erhebung eigener traumatischer Erfahrungen der Fachkräfte von Bedeutung, da diese Erfahrungen in der vorliegenden Studie nur begrenzt erfasst wurden. Eine detailliertere Untersuchung dieser Erfahrungen könnte genauere Einblicke in den Zusammenhang zwischen eigenen Traumata und Sekundärer Traumatisierung ermöglichen. Wie bereits erwähnt, könnten qualitative Methoden tiefere Einblicke in persönliche Erfahrungen und deren Verarbeitung bieten, um bislang unbekannte Faktoren zu identifizieren. Standardisierte Fragebögen erfassen oft nicht die volle Komplexität individueller Erlebnisse, daher könnten tiefenhermeneutisch ausgewertete Interviews wertvollere Daten liefern und ein tieferes Verständnis der individuellen Erlebnisse und Bewältigungsstrategien in Bezug auf eigene Traumata der Fachkräfte ermöglichen.

Weiters besteht ein klarer Bedarf, Verzerrungen durch sozial erwünschte Antworten zu minimieren. Objektivere Messmethoden, wie regelmäßige psychologische Evaluierungen, könnten eine weniger verzerrte Erfassung des psychischen Zustands der Fachkräfte ermöglichen und dadurch ein umfassenderes Bild liefern. Die Tatsache, dass die Mehrheit der hier befragten Fachkräfte keine Anzeichen von Sekundärer Traumatisierung zeigt, könnte einerseits auf die Wirksamkeit der aktuellen Strategien zur Förderung von Resilienz und Emotionsregulation hindeuten, wie beispielsweise Supervision, Teambesprechungen und Einzelberatung. Andererseits könnte dies auch auf eine Anpassung der Fachkräfte an

ihre berufliche Rolle hinweisen, mit dem Ziel, als psychisch stark und professionell wahrgenommen zu werden. Ungeachtet dessen besteht ein klarer Bedarf an gezielten Interventionen für die kleine Gruppe von Fachkräften, die von schwerer Sekundärer Traumatisierung betroffen sind und dies offen eingestehen. Gleichzeitig sollten Maßnahmen ergriffen werden, um sozial erwünschte Antwortverzerrungen zu minimieren und die tatsächliche Prävalenz von Sekundärer Traumatisierung präziser zu erfassen.

Zudem sollte die Rolle der Organisationskultur und der Arbeitsumgebung in zukünftigen Forschungsarbeiten stärker berücksichtigt werden. Studien, wie die von Maslach und Leiter (2016), haben gezeigt, dass eine unterstützende und wertschätzende Arbeitsumgebung die Resilienz der Mitarbeiter stärkt und das Risiko von Burnout und Sekundärer Traumatisierung reduziert. In diesem Kontext erscheint auch die Rolle sozialer Unterstützungssysteme und beruflicher Netzwerke bei der Vorhersage von Sekundärer Traumatisierung als relevant. Soziale Unterstützung durch Kolleg*innen, Freunde und Familie kann eine wesentliche Ressource für Fachkräfte darstellen, welche mit traumatisierten Personen arbeiten, und ihnen helfen, die emotionalen Belastungen ihrer Arbeit besser zu bewältigen.

Für die zukünftige Forschung implizieren die vorangegangenen Überlegungen die Notwendigkeit, die Modellierung von Sekundärer Traumatisierung weiter zu präzisieren und auszubauen. Es ist essenziell, dass Forscher*innen eine breitere Palette an Prädiktoren einbeziehen und die komplexen Interaktionen zwischen diesen Variablen genauer untersuchen. Dabei sollte insbesondere die Analyse von Interaktionen zwischen verschiedenen Prädiktoren sowie die Integration von moderierenden und mediierenden Variablen berücksichtigt werden. Moderierende Variablen beeinflussen die Stärke oder Richtung der Beziehung zwischen unabhängigen und abhängigen Variablen, während mediierende Variablen den Mechanismus erklären, durch den die unabhängige Variable auf die abhängige Variable wirkt (siehe Bortz/Döring 2006).

Darüber hinaus könnte der Einsatz von Längsschnittstudien, die die Entwicklung von Sekundärer Traumatisierung über längere Zeiträume hinweg beobachten, tiefere Einblicke in kausale Zusammenhänge und Veränderungsmuster ermöglichen. Im Fokus sollten dabei insbesondere die langfristigen Auswirkungen von Resilienzförderprogrammen sowie die spezifischen Bedürfnisse verschiedener Zielgruppen innerhalb der sozialpädagogischen Fachkräfte stehen. Zudem ist es von Bedeutung, potenziell schützende Faktoren wie soziale Unterstützung außerhalb des Arbeitsumfeldes oder individuelle Bewältigungsstrategien systematisch zu erforschen.

Zusammenfassend leistet die vorliegende Masterarbeit einen wertvollen Beitrag zum Verständnis der Sekundären Traumatisierung bei sozialpädagogischen Fachkräften. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass Resilienz, emotionale Empathie und eigene Traumata der Fachkraft zentrale Faktoren sind, die den Grad einer Sekundären Traumatisierung vorhersagen. Diese Erkenntnisse unterstreichen die Bedeutung, Resilienz und Empathie nicht nur als persönliche Eigenschaften, sondern als gezielt förderbare Kompetenzen zu

betrachten. Ein umfassendes Konzept, das sowohl die Ausbildung als auch die berufliche Praxis umfasst, ist daher erforderlich. Durch gezielte Schulungs- und Präventionsmaßnahmen, die Schaffung eines unterstützenden Arbeitsumfeldes und die Sensibilisierung der Leitungsebene können die Belastungen durch Sekundäre Traumatisierung wirksam reduziert werden. Auf diese Weise können sozialpädagogische Fachkräfte nicht nur ihre eigene Gesundheit schützen, sondern auch weiterhin qualitativ hochwertige Arbeit leisten und traumatisierte Kinder und Jugendliche bestmöglich unterstützen.

Darüber hinaus macht die Arbeit deutlich, dass die Forschung zu Sekundärer Traumatisierung noch am Anfang steht und zahlreiche offene Fragen weiterer Untersuchung bedürfen. Insbesondere die langfristigen Auswirkungen Sekundärer Traumatisierung, die spezifischen Bedürfnisse unterschiedlicher Fachkräftegruppen und die Wirksamkeit verschiedener Interventionsstrategien sind noch unzureichend erforscht. Eine vertiefte Forschung in diesen Bereichen könnte dazu beitragen, effektivere Maßnahmen zur Prävention und Intervention zu entwickeln und sozialpädagogische Fachkräfte in ihrer wichtigen Arbeit nachhaltig zu unterstützen.

Sozialpädagogische Fachkräfte in Krisenzentren und Wohngruppen können die traumatischen Erlebnisse der Kinder und Jugendlichen nicht ungeschehen machen, aber sie haben die Möglichkeit, diesen jungen Menschen einen sicheren Raum zu bieten, in dem Heilung beginnen kann. Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass nicht nur das Wohl der Kinder und Jugendlichen hierbei im Mittelpunkt stehen sollte, sondern auch die der Fachkräfte, die diese herausfordernde Arbeit leisten. Denn nur wer sich selbst schützt und für das eigene Wohl sorgt, kann auf Dauer anderen helfen. Wenn sichergestellt wird, dass Fachkräfte in ihrem beruflichen Alltag Unterstützung und Entlastung erfahren, können sie ihre Aufgaben mit der notwendigen Kraft, Widerstandsfähigkeit und Empathie erfüllen. Denn das Wohlergehen der betreuten Kinder und Jugendlichen ist untrennbar mit dem Wohl der Fachkräfte und der gesamten Einrichtung verbunden.

Literaturverzeichnis

Abendroth, Maryann / Figley, Charles R. (2013): Vicarious trauma and the Therapeutic Relationship. 111-125.

https://www.researchgate.net/profile/Cr-Figley/publication/259609739_Vicarious_Trauma_and_the_Therapeutic_Relationship/links/5550b09408ae93634ec9eb89/Vicarious-Trauma-and-the-Therapeutic-Relationship.pdf (letzter Zugriff am 6.2.2024).

Adams, Richard E. / Boscarina, Joseph A. / Figley, Charles R. (2008): The Compassion Fatigue Scale: Its Use With Social Workers Following Urban Disaster. In: Research on Social Work Practice 18/3, 238-250.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2367230/pdf/nihms45348.pdf> (letzter Zugriff am 4.1.2024).

Allroggen, Marc / Fegert, Jörg M. / Rau, Thea (2017): Psychische Belastung von Fachkräften in (sozial-)pädagogischen Arbeitsfeldern. Eine Übersichtsarbeit über Prävalenz, Entstehungsbedingungen, Folgen und Unterstützungsmöglichkeiten. In: Sozial Extra 5, 49-53.

https://www.researchgate.net/publication/320169707_Psychische_Belastung_von_Fachkräften_in_sozial-pädagogischen_Arbeitsfeldern (letzter Zugriff am 4.1.2024).

Altmann, Tobias (2015): Empathie in sozialen und Pflegeberufen. Entwicklung und Evaluation eines Trainingsprogramms. Wiesbaden: Springer VS.

Berger-Grabner, Doris (2022): Wissenschaftliches Arbeiten in den Wirtschafts- und Sozialwissenschaften. Hilfreiche Tipps und praktische Beispiele. Wiesbaden: Springer Gabler. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage.

Breithaupt, Fritz (2017): Die dunklen Seiten der Empathie. Berlin: Suhrkamp. 2. Auflage.

Bortz, Jürgen / Döring, Nicola (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Heidelberg: Springer. 4. Auflage.

Bride, E. Brian / Radey, Melissa / Figley, Charles R. (2007): Measuring compassion fatigue. In: Clinical Social Work Journal, 35, 155–163.

https://www.researchgate.net/publication/226997803_Measuring_Compassion_Fatigue (letzter Zugriff am 20.6.2024).

Daniels, Judith (2006): Sekundäre Traumatisierung: Kritische Prüfung eines Konstruktes. Universität Bielefeld: unveröffentlichte Dissertation.

Daniels, Judith (2007): Eine neuropsychologische Theorie der Sekundären Traumatisierung. In: Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin (ZPPM). Jg.5, 2007, Heft 3. Kröning: Asanger Verlag, 49-61.

Daniels, Judith (2008): Sekundäre Traumatisierung – eine Interviewstudie zu berufsbedingten Belastungen von TherapeutInnen. In: Psychotherapeut, 53, 100–107.
https://www.researchgate.net/publication/263592720_Sekundare_Traumatisierung_Interviewstudie_zu_berufsbedingten_Belastungen_von_Therapeuten (letzter Zugriff am 18.5.2023).

David, Daniel P. (2012): Resilience as a Protective Factor Against Compassion Fatigue in Trauma Therapists. Walden University: Dissertation.

Davis, Mark H. (1980): A Multidimensional Approach to Individual Differences in Empathy. The University of Texas at Austin. https://www.researchgate.net/publication/34891073_A_Multidimensional_Approach_to_Individual_Differences_in_Empathy (letzter Zugriff am 30.5.2024).

Doppelfeld, Silke (2016): Das ABC der Selbstfürsorge für Lehrende und Lernende in den Pflegeberufen. Prävention der Mitgeföhlserschöpfung durch professionellen Umgang mit Sekundärtraumatisierung. In: PADUA, 11(3), 197-202. Göttingen: Hogrefe.

Dörr, Margret / Müller, Burkhard (2019): Einleitung: Nähe und Distanz als Strukturen der Professionalität pädagogischer Arbeitsfelder. In: Margret Dörr (Hrsg.), Nähe und Distanz. Ein Spannungsfeld pädagogischer Professionalität. Weinheim u.a.: Beltz Juventa. 4. Auflage.

Elwood, Lisa S. / Mott, Juliette / Lohr, Jefferey M. / Galovski, Tara E. (2011): Secondary trauma symptoms in clinicians: a critical review of the construct, specificity, and implications for trauma-focused treatment. In: Clinical Psychology Review, 31, 25–36.
https://rccompassionfatigue.weebly.com/uploads/1/9/0/7/19076613/secondary_trauma.pdf (letzter Zugriff am 18.5.2023).

Falkai, Peter / Wittchen, Hans-Ulrich / Döpfner, Manfred / Gaebel, Wolfgang / Maier, Wolfgang / Rief, Winfried / Saß, Henning / Zaudig, Michael (2020): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Fathi, Karim (2019): Das Empathietraining. Konflikte lösen für ein besseres Miteinander. Paderborn: Junfermann.

Figley, Charles R. (2002): Mitgeföhlrschöpfung. Der Preis des Helfens. In: Beth Hudnall Stamm (Hg.), Sekundäre Traumastörungen. Wie Kliniker, Forscher und Erzieher sich vor traumatischen Auswirkungen ihrer Arbeit schützen können. Paderborn: Junfermann Verlag, 41-59.

Figley, Charles R. (2015): Compassion Fatigue as Secondary Traumatic Stress Disorder: An Overview. In: Charles R. Figley, Compassion fatigue. Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized. New York u.a.: Taylor & Francis Group, 1-21. Original aus 1995.

Fonagy, Peter / Gergely, György / Jurist, Elliot L. / Target, Mary (2019): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta. 7. Auflage.

Frank, Claudia (2010): Sekundäre Traumatisierung. Umgang mit Geföhlen und Selbstfürsorgestrategien bei pädagogischen Fachkräften. Universität Wien: Diplomarbeit.

Fröhlich-Gildhoff, Gabriele (2011): Indirekte Traumatisierung in der stationären Traumatherapie, Gefährdungen und Chancen für die BehandlerInnen. In: Kongress Indirekte Traumatisierung im Kontext professionellen Handelns. Anforderungen an Ausbildung, Berufspraxis und Supervision. 17./18.06.2011. Urania Berlin e.V. 85-94. https://www.tanja-rode.de/wp-content/uploads/2020/12/Reader_Indirekte-Traumatisierung-im-Kontext-professionellen-Handelns.pdf (letzter Zugriff am 12.1.2024).

Fröhlich-Gildhoff, Klaus / Rönna-Böse, Maïke (2019): Resilienz. München: Ernst Reinhardt Verlag. 5. aktualisierte Auflage.

Gahleitner, Silke Brigitta (2017): Soziale Arbeit als Beziehungsprofession. Bindung, Beziehung und Einbettung professionell ermöglichen. Weinheim u.a.: Beltz Juventa.

Gerdes, Karen E. / Segal, Elizabeth A. / Lietz, Cynthia A. (2010): Conceptualizing and Measuring Empathy. In: British Journal of Social Work, 40(7), 2326-2343. https://www.researchgate.net/publication/240591113_Conceptualising_and_Measuring_Empathy (letzter Zugriff am 10.2.2024).

Gies, Hedi (2009): Sekundäre Traumatisierung und Mitgeföhlrschöpfung am Beispiel familienähnlicher stationärer Betreuung in der Jugendhilfe. <https://silo.tips/download/online-info-nr34-2009-sekundre-traumatisierung-und-mitgeföhlrschöpfung-am-beispi> (letzter Zugriff am 1.1.2024).

Grühn, Daniel / Rebucal, Kristine / Diehl, Manfred / Lumley, Mark / Labouvie-Vief, Gisela (2008): Empathie über die gesamte Lebensspanne im Erwachsenenalter: Längsschnitt- und Erfahrungsergebnisse. In: Emotionen. 12/8(6): 753–765.

Hernández-Wolfe, Pilar (2018): Vicarious Resilience: A Comprehensive Review. https://www.researchgate.net/publication/328010825_Vicarious_Resilience_A_Comprehensive_Review (letzter Zugriff am 8.2.2024).

Höllmüller, Hubert (2022): Das Kinder- und Jugendhilfesystem in Österreich – Innovation im System oder Innovation des Systems? In: Soziales Kapital, no. 26 (2022). <http://www.soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/view/751/1420.pdf> (letzter Zugriff am 8.6.2024).

Hudnall Stamm, Beth (Hrsg.) (2002): Einleitung zur ersten Auflage. In: Beth Hudnall Stamm (Hg.), Sekundäre Traumastörungen. Wie Kliniker, Forscher und Erzieher sich vor traumatischen Auswirkungen ihrer Arbeit schützen können. Paderborn: Junfermann Verlag, 25–32.

Jegodtka, Renate (2013): Berufsrisiko sekundäre Traumatisierung? Im Arbeitskontext den Folgen nationalsozialistischer Verfolgung begegnen. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.

Jegodtka, Renate / Luitjens, Peter (2016): Systemische Traumapädagogik. Traumasensible Begleitung und Beratung in psychosozialen Arbeitsfeldern. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

Jeffrey, David (2016): Empathy, sympathy and compassion in healthcare: Is there a problem? Is there a difference? Does it matter? In: Journal of the Royal Society of Medicine, 109(12), 446–452.

Jurisch, Florentine / Kolassa, Iris-Tatjana / Elbert, Thomas (2009): Traumatisierte Therapeuten? Ein Überblick über sekundäre Traumatisierung. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 38, 250–261. https://www.researchgate.net/publication/41231706_Traumatisierte_Therapeuten_Ein_Uberblick_uber_sekundare_Traumatisierung (letzter Zugriff am 18.5.2023).

Kassam-Adams, Nancy (2002): Die Risiken der Behandlung sexueller Traumata. Streß und Sekundäre Traumatisierung bei Psychotherapeuten. In: Beth Hudnall Stamm (Hrsg.), Sekundäre Traumastörungen. Wie Kliniker, Forscher und Erzieher sich vor traumatischen Auswirkungen ihrer Arbeit schützen können. Paderborn: Junfermann Verlag, 66–74.

Lemke, Jürgen (2021): Sekundäre Traumatisierung. Klärung von Begriffen und Konzepten der Mittraumatisierung. Kröning: Asanger Verlag. 6. Auflage.

Leppert, Karena / Koch, Benjamin / Brähler, Elmar / Strauß, Bernhard (2008): Die Resilienzskala (RS) – Überprüfung der Langform RS-25 und einer Kurzform RS-13. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Laverdière, Olivier / Ogradniczuk, John S. / Kealy, David (2019): Clinicians' Empathy and Professional Quality of Life. In: The Journal of Nervous and Mental Disease, 207(2),49-52.

Mauz, Elvira / Jacobi, Frank (2008): Psychische Störungen und soziale Ungleichheit von Männern und Frauen im Geburtskohortenvergleich. In: Psychiatrische Praxis 35, 343-352. https://www.researchgate.net/publication/240503686_Psychische_Storungen_und_soziale_Ungleichheit_von_Mannern_und_Frauen_im_Geburtskohortenvergleich (letzter Zugriff am 1.5.2024).

McCann, Lisa I. / Pearlman, Laurie Anne (1990): Vicarious Traumatization: A Framework for Understanding the Psychological Effects of Working with Victims. Journal of Traumatic Stress, Vol.3, No. 1, 131-149. https://halo-group.org/uploads/1/2/8/1/128108661/vicarious_traumatization_a_framework_for_understanding_psychological_effects_of_working_with_victims.pdf (letzter Zugriff am 3.1.2024).

Meadors, Patrick / Lamson, Angela (2008): Compassion Fatigue and Secondary Traumatization: Provider Self Care on Intensive Care Units for Children. In: Journal of Pediatric Health Care 22/1, 24-34. [https://www.jpedhc.org/article/S0891-5245\(07\)00008-9/fulltext](https://www.jpedhc.org/article/S0891-5245(07)00008-9/fulltext) (letzter Zugriff am 4.1.2024).

Meichenbaum, Donald (2007): Stress inoculation Training: A preventative and treatment approach. https://melissainstitute.org/wp-content/uploads/2015/10/Stress_Inoculation_052806.pdf (letzter Zugriff am 9.7.2024).

Miethe, Ingrid / Gahleitner, Silke Birgitta (2010): Forschungsethik in der Sozialen Arbeit. In: Karin Bock / Ingrid Miethe (Hrsg.), Handbuch Qualitative Methoden in der Sozialen Arbeit. Opladen u.a.: Verlag Barbara Budrich, 573-581.

Müller-Luzi, Seraina / Schmid, Marc (2017): Gelingensfaktoren und Stolpersteine in der Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie/psychotherapie aus Sicht sozialpädagogischer Fachkräfte. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 66. Jg., H. 8, 576-598.

Ozer, Emily J. / Best, Suzanne R. / Lipsey, Tami L. / Weiss, Daniel S. (2003): Predictors of Posttraumatic Stress Disorder and Symptoms in Adults: A Meta-Analysis. In: Psychological Bulletin Copyright 2003 by the American Psychological Association. Vol. 129/ No. 1, 52–73.

https://www.researchgate.net/profile/Emily_Ozer/publication/284886467_Predictors_of_Posttraumatic_Stress_Disorder_and_Symptoms_in_Adults_A_Meta-Analysis/links/56a67c2f08ae68404556c6cd.pdf (letzter Zugriff am 6.2.2024).

Paulus, Christoph M. (2009): Der Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen SPF (IRI) zur Messung von Empathie. Psychometrische Evaluation der deutschen Version des Interpersonal Reactivity Index.

http://bildungswissenschaften.uni-saarland.de/personal/paulus/empathy/SPF_Artikel.pdf (letzter Zugriff am 1.9.2023).

Paulus, Christoph M. (2023): Are Differences in Empathy Age-Related? In: International Journal of Learning and Development, Vol. 13, No. 2, 111-125.

Pearlman, Laurie Anne / Saakvitne, Karen W. (1995): Trauma and the Therapist: Countertransference and Vicarious Traumatization in Psychotherapy with Incest Survivors. New York u.a.: W. W. Norton & Company.

Pearlman, Laurie Anne (2002): Selbstfürsorge für Traumatherapeuten. Linderung der Auswirkungen einer indirekten Traumatisierung. In: Beth Hudnall Stamm (Hrsg.), Sekundäre Traumastörungen. Wie Kliniker, Forscher und Erzieher sich vor traumatischen Auswirkungen ihrer Arbeit schützen können. Paderborn: Junfermann Verlag, 77-86.

Perry, Bruce D. (2014): The Cost of Caring. Secondary Traumatic Stress and the Impact of Working with High-Risk Children and Families. The Child Trauma Academy.

https://www.ovc.ojp.gov/sites/g/files/xyckuh226/files/media/document/sts_impact_on_child_advocates-508.pdf (letzter Zugriff am 6.2.2024).

Pinquart, Martin (2011): Soziale Bedingungen psychischer Störungen. In: Hans-Ulrich Wittchen / Jürgen Hoyer, Klinische Psychologie und Psychotherapie. Berlin: Springer Verlag, 319-337. 2. Auflage.

Poulsen, Irmhild (2012): Stress und Belastung bei Fachkräften der Jugendhilfe. Ein Beitrag zur Burnoutprävention. Wiesbaden: VS Springer Verlag.

Pryce, Josephine G. / Shackelford, Kimberly K. / Pryce, David H. (2007): Secondary Traumatic Stress and the Child Welfare Professional. Chicago u.a.: Lyceum Books.

Püttker, Katja / Thomsen, Tamara / Bockmann, Ann-Katrin (2015): Sekundäre Traumatisierung bei Traumatherapeutinnen. Empathie als Risiko- und akkommodatives Coping als Schutzfaktor. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 44 (4), 254-265. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Reichhart, Tanja / Pusch, Claudia (2023): Resilienz-Coaching. Ein Praxismanual zur Unterstützung von Menschen in herausfordernden Zeiten. Wiesbaden: Springer.

Reinhard, Friederike / Maercker, Andreas (2004): Sekundäre Traumatisierung, Posttraumatische Belastungsstörung, Burnout und Soziale Unterstützung bei medizinischem Rettungspersonal. In: Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 1-8. https://www.researchgate.net/publication/280707609_Sekundare_Traumatisierung_posttraumatische_Belastungsstörung_Burnout_und_soziale_Unterstützung_bei_medizinischem_Rettungspersonal#fullTextFileContent (letzter Zugriff am 6.1.2024).

Richard, Ricarda (2020): Wie der Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen gelingt. Sekundäre Traumatisierung als Berufsrisiko für pädagogisch-therapeutische Fachkräfte? München: Social Plus.

Rießinger, Simone (2015): Sekundäre Traumatisierung und der Umgang mit Überlastungsphänomenen. Vortrag zum Fachtag der Hans-Wendt-Stiftung.

Rixe, Jacqueline (2013): Sekundäre Traumatisierung: Der Preis des Helfens? In: Sabine Hahn / Michael Schulz / Susanne Schoppmann / Ian Needham / Harald Stefan / Anna Hegedüs / Udo Finklenburg, „Blick zurück und nach vorn“ Zurückgehen um besser springen zu können. 10. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Bielefeld. Bern: Verlag Forschung & Entwicklung / Dienstleistung Pflege, 273-279. https://www.researchgate.net/publication/328316562_Sekundare_Traumatisierung_-_Der_Preis_des_Helfens#fullTextFileContent (letzter Zugriff am 4.1.2024).

Rixe, Jacqueline / Luderer, Christiane (2017): Das Trauma aus zweiter Hand: Sekundäre Traumatisierungen von psychiatrisch Pflegenden. In: Pflege und Gesellschaft, 22(3), 213-230. Weinheim u.a.: Beltz Juventa.

Rosenbloom, Dena J. / Pratt, Anne C. / Pearlman, Laurie Anne (2002): Die Reaktion von Helfern auf die Traumaaarbeit. Verstehen und Intervenieren in einer Organisation. In: Beth Hudnall Stamm (Hg.), Sekundäre Traumastörungen. Wie Kliniker, Forscher und Erzieher sich vor traumatischen Auswirkungen ihrer Arbeit schützen können. Paderborn: Junfermann Verlag, 87-98.

Roth, Marcus / Schönefeld, Victoria / Altmann, Tobias (Hrsg.) (2016): Trainings- und Interventionsprogramme zur Förderung von Empathie. Berlin u.a.: Springer Verlag.

Sänger, Regina / Udolf, Margarete (2012): Berufsrisiken in der Traumapädagogik. Abschalten von der Not. In: Soziale Arbeit 4, 142-149.
<https://www.nomos-elibrary.de/10.5771/0490-1606-2012-4-142/berufsrisiken-in-der-traumapaedagogik-jahrgang-61-2012-heft-4?page=1> (letzter Zugriff am 18.5.2023).

Schellong, Julia / Hanschmidt, Franz / Ehring, Thomas / Knaevelsrud, Christine / Schäfer, Ingo / Rau, Heinrich / Dyer, Anne / Krüger-Gottschalk, Antje (2019): Diagnostik der PTBS im Spannungsfeld von DSM-5 und ICD-11. In: Der Nervenarzt, 90(7), 733–739.
<https://doi.org/10.1007/s00115-018-0668-0> (letzter Zugriff am 2.1.2024).

Scherwath, Corinna / Friedrich, Sibylle (2012): Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierungen. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Schmetkamp, Susanne (2019): Theorien der Empathie zur Einführung. Hamburg: Junius.

Schmieg, Anne-Kathrin (2017): Rahmenbedingungen als Basis des Sich-sicher-Fühlens. In: Ulrike Imm-Bazlen / Anne-Kathrin Schmieg (Hrsg.), Begleitung von Flüchtlingen mit traumatischen Erfahrungen. Berlin: Springer-Verlag, 211-235.

Schroll, Britta (2007): Bezugsbetreuung für Kinder mit Bindungsstörungen: Ein Konzept für die heilpädagogisch-therapeutische Praxis. Marburg: Tectum Verlag.

Schulten, Andrea (2020): Sekundäre Traumatisierung als Berufsrisiko: Prävention – Schutz – Heilung. In: Friedrich Riffer / Manuel Sprung / Elmar Kaiser / Lore Streibl (Hrsg.), Therapeutische Beziehungen. Aktuelle Konzepte im Kontext der Behandlung psychisch kranker Menschen. Berlin: Springer Verlag, 169-191.

Schwetz, Herbert / Beer, Rudolf / Benischek, Isabella / Forstner-Ebhart, Angela (Hg.) (2016): Einführung in das quantitativ orientierte Forschen und erste Analysen mit SPSS. Wien: Facultas Universitätsverlag. 4., Überarbeitete und erweiterte Auflage.

Siegfried, Christine B. (2008): Child Welfare Work and Secondary Traumatic Stress. The National Child Traumatic Stress Network.
<https://cascw.umn.edu/wp-content/uploads/2014/07/CW-SecondaryTraumaticStress.pdf> (letzter Zugriff am 6.2.2024).

Steinmair, Dagmar / Fink, B. / Horvath, E. / Matuszak-Luss, Karin / Löffler-Stastka, Henriette (2021): Mentalisierungsfähigkeit und Empathie in der Psychiatrie – eine Sozialisationsfrage? In: psychopraxis. neuropraxis 4, 253–257.

Trescher, Hans-Georg (2001): Handlungstheoretische Aspekte der Psychoanalytischen Pädagogik. In: Mario Muck / Hans-Georg Trescher (Hg.), Grundlagen der Psychoanalytischen Pädagogik. Gießen: Psychosozial-Verlag, 167-201.

Theile, Manuel (2018): Fachkräftemangel in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. In: Jugendhilfe 56 (6), 609–614.

Unzner, Lothar (2010): Schutz und Risiko: Die besondere Bedeutung der Bindungstheorie für die Fremdunterbringung. In: Sozialpädagogisches Institut des SOS-Kinderdorf e.V. (Hrsg.): Glücklich an einem fremden Ort? Familienähnliche Betreuung in der Diskussion. München: Eigenverlag, 46-60.

Weiß, Wilma (2021): Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen. Weinheim u.a.: Beltz Juventa. 9. Auflage.

Wilson, John P. / Thomas, Rhiannon Brwynn (2014): Empathy in the Treatment of Trauma and PTSD. New York u.a.: Routledge. Original aus 2004.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Trauma Transmission Modell von Figley 2002 (Daniels 2006: 9)	21
Abbildung 2: Empathic identification and empathic stain in the development of occupation-ally related stress response syndromes (Wilson/Thomas 2014: 151)	26
Abbildung 3: Nachdenken über Traumata der Kinder/Jugendlichen (Eigene Darstellung)	64
Abbildung 4: Allgemeine Belastung (Eigene Darstellung)	64
Abbildung 5: kognitive Empathie (Eigene Darstellung)	66
Abbildung 6: emotionale Empathie (Eigene Darstellung)	66
Abbildung 7: Resilienz (Eigene Darstellung)	66
Abbildung 8: Sekundäre Traumatisierung (Eigene Darstellung)	67

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Vergleich der Symptome von PTBS und STBS (Figley 2002: 49)	17
Tabelle 2: Optionale Berufsbezeichnungen (Eigene Darstellung)	62

Lässt sich Sekundäre Traumatisierung durch Faktoren wie Empathie und Resilienz vorhersagen?

Worum gehts?

Ich untersuche im Zuge meiner Masterarbeit an der FH Campus Wien, ob Empathie und Resilienz Einfluss auf die Entstehung einer Sekundären Traumatisierung nehmen.

Sie arbeiten in einem Krisenzentrum oder einer sozialpädagogischen Wohngruppe?

Genau Sie sind gefragt!

Mitmachen
dauert nur 15
Minuten



Wie können Sie teilnehmen?

Einfach auf den Link klicken oder QR Code scannen:

[https://www.soscisurvey.de/
Sekund_Trauma_Empathie_R
esilienz/](https://www.soscisurvey.de/Sekund_Trauma_Empathie_Resilienz/)



Bei Fragen wenden Sie sich jederzeit an:
esther.potesil@stud.fh-campuswien.ac.at

Liebe Kolleg*innen!

Im Rahmen meiner Masterarbeit an der FH Campus Wien erforsche ich das Zusammenwirken von Empathie und Resilienz auf die Entstehung Sekundärer Traumatisierung bei Fachkräften in Krisenzentren und sozialpädagogischen Wohngruppen für Kinder und Jugendliche in Österreich. Die Erhebung dafür findet mittels Online-Fragebogens zur Schaffung wissenschaftlicher Erkenntnisse statt. Alle Daten werden auf Grundlage der gesetzlichen Bestimmungen (§ 2f Abs 5 FOG) anonym erhoben und nur für Forschungszwecke verwendet.

Lesen Sie die Fragen bitte sorgfältig durch und schätzen Sie ein, wie gut die Aussagen auf Sie zutreffen. Antworten Sie bitte, ohne lange zu überlegen, es gibt hierbei keine richtigen oder falschen Antworten. Sollte eine Einzelfrage nicht beantwortet werden können, kann sie übersprungen werden. Es ist möglich, den Fragebogen zu unterbrechen und zu einem späteren Zeitpunkt fortzusetzen. Bei Bearbeitung übers Handy, dieses bitte im Querformat halten. Die Bearbeitungsdauer des Fragebogens beträgt in etwa 15 Minuten.

Unter folgender Email-Adresse stehe ich Ihnen gerne für Fragen und Rückmeldungen zur Verfügung:

esther.potesil@stud.fh-campuswien.ac.at

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Esther Potesil

Einverständniserklärung

Ihre Teilnahme an dieser Untersuchung ist freiwillig. Es steht Ihnen zu jedem Zeitpunkt dieser Befragung frei, Ihre Teilnahme abzubrechen, ohne dass für Sie daraus Nachteile entstehen. Ihre Daten sind selbstverständlich vertraulich, werden nur in anonymisierter Form ausgewertet und nicht an Dritte bzw. projektfremde Personen weitergegeben. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit widerrufen werden. Mit dem Widerruf werden sämtliche Ihrer Daten gelöscht. Wenn Sie widerrufen möchten, senden Sie eine Mail mit dem Betreff „Widerruf meiner Daten“ an: esther.potesil@stud.fh-campuswien.ac.at

Ich wurde über die empirische Forschungsarbeit zum Thema „Zusammenwirken von Empathie und Resilienz auf die Entstehung Sekundärer Traumatisierung“ informiert und darüber aufgeklärt, dass diese Erhebung Teil einer Masterarbeit ist und anonymisiert verarbeitet wird.

Hiermit bestätige ich, dass ich die Einverständniserklärung gelesen und verstanden habe sowie mein Einverständnis gebe, dass die erhobenen Daten zu Lehr- und Forschungszwecken verwendet werden dürfen. Bei der Datenerhebung werden keine spezifischen Angaben erfragt, die Rückschlüsse auf die Identifizierung meiner Person oder mir Nahestehender möglich macht.

- Ja, ich gebe mein Einverständnis.
- Nein, ich möchte nicht an der Befragung teilnehmen.

1. Zu Beginn werden Sie eine Reihe von Aussagen lesen, die jeweils bestimmte (verallgemeinerte) menschliche Eigenschaften oder Reaktionen beschreiben, die alle etwas mit Gefühlen zu tun haben. Bitte kennzeichnen Sie auf der Antwortskala, inwieweit diese Aussage auf Sie zutrifft.

1. Ich empfinde warmherzige Gefühle für Leute, denen es weniger gut geht als mir.	nie	selten	manchmal	oft	immer
2. Die Gefühle einer Person in einem Roman kann ich mir sehr gut vorstellen.	nie	selten	manchmal	oft	immer
3. In Notfallsituationen fühle ich mich ängstlich und unbehaglich.	nie	selten	manchmal	oft	immer
4. Ich versuche, bei einem Streit zuerst beide Seiten zu verstehen, bevor ich eine Entscheidung treffe.	nie	selten	manchmal	oft	immer
5. Wenn ich sehe, wie jemand ausgenutzt wird, glaube ich, ihn schützen zu müssen.	nie	selten	manchmal	oft	immer
6. Ich fühle mich hilflos, wenn ich inmitten einer sehr emotionsgeladenen Situation bin.	nie	selten	manchmal	oft	immer
7. Nachdem ich einen Film gesehen habe, fühle ich mich so, als ob ich eine der Personen aus diesem Film sei.	nie	selten	manchmal	oft	immer

8. In einer gespannten emotionalen Situation zu sein, macht mir Angst.	nie	selten	manchmal	oft	immer
9. Mich berühren Dinge sehr, auch wenn ich sie nur beobachte.	nie	selten	manchmal	oft	immer
10. Ich glaube, jedes Problem hat zwei Seiten und versuche deshalb beide zu berücksichtigen.	nie	selten	manchmal	oft	immer
11. Ich würde mich selbst als eine ziemlich weichherzige Person bezeichnen.	nie	selten	manchmal	oft	immer
12. Wenn ich einen guten Film sehe, kann ich mich sehr leicht in die Hauptperson hineinversetzen.	nie	selten	manchmal	oft	immer
13. In heiklen Situationen neige ich dazu, die Kontrolle über mich zu verlieren.	nie	selten	manchmal	oft	immer
14. Wenn mir das Verhalten eines anderen komisch vorkommt, versuche ich mich für eine Weile in seine Lage zu versetzen.	nie	selten	manchmal	oft	immer
15. Wenn ich eine interessante Geschichte oder ein gutes Buch lese, versuche ich mir vorzustellen, wie ich mich fühlen würde, wenn mir die Ereignisse passieren würden.	nie	selten	manchmal	oft	immer
16. Bevor ich jemanden kritisiere, versuche ich mir vorzustellen, wie ich mich an seiner Stelle fühlen würde.	nie	selten	manchmal	oft	immer

2. Nachfolgend finden Sie nun eine Reihe von Feststellungen. Bitte lesen Sie sich jede Feststellung durch und markieren Sie mit dem Strichmännchen, wie sehr die Aussagen im Allgemeinen auf Sie zutreffen, d.h. wie sehr Ihr übliches Denken und Handeln durch diese Aussagen beschrieben wird.
 1= nein, ich stimme nicht zu
 7= ja, ich stimme völlig zu

	1	7
1. Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch.		
2. Normalerweise schaffe ich alles irgendwie.		
3. Ich lasse mich nicht so schnell aus der Bahn werfen.		
4. Ich mag mich.		
5. Ich kann mehrere Dinge gleichzeitig bewältigen.		
6. Ich bin entschlossen.		
7. Ich nehme die Dinge, wie sie kommen.		
8. Ich behalte an vielen Dingen Interesse.		
9. Normalerweise kann ich eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten.		
10. Ich kann mich auch überwinden, Dinge zu tun, die ich eigentlich nicht machen will.		
11. Wenn ich in einer schwierigen Situation bin, finde ich gewöhnlich einen Weg heraus.		
12. In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss.		
13. Ich kann es akzeptieren, wenn mich nicht alle Leute mögen.		

Der nächste Fragenblock bezieht sich auf Ihr Berufsfeld mit Blick auf die Belastungen, welche sich aus der Arbeit mit den Kindern bzw. Jugendlichen ergeben. Denken Sie bitte an Ihre aktuelle Situation im Krisenzentrum oder der sozialpädagogischen WG.

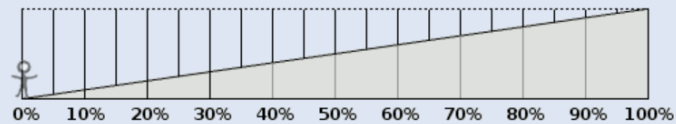
3. Wie viele Kinder/Jugendliche betreuen Sie zurzeit?

4. Wie alt sind die von Ihnen betreuten Kinder/Jugendlichen in Jahren?

jüngstes

ältestes

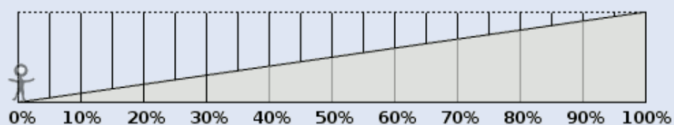
5. Wie viel Prozent, der von Ihnen betreuten Kinder/Jugendlichen, haben bereits traumatische Erlebnisse, wie häusliche Gewalt, Missbrauch, Vernachlässigung,..., erlebt?



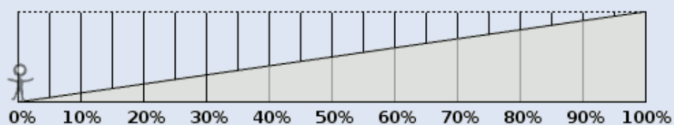
6. Kennen Sie Details dieser Traumata?

- Ja, von allen betroffenen Kindern/Jugendlichen
- Ja, von einigen betroffenen Kindern/Jugendlichen
- Nein, ich kenne keine Details

7. Denken Sie nun an die letzten 4 Wochen und schätzen Sie prozentual ein, wie oft Sie, über die Arbeitszeit hinaus, über die traumatischen Erlebnissen der Kinder/Jugendlichen nachgedacht haben.



8. Wie stark fühlten Sie sich in dieser Zeit allgemein belastet?



9. Denken Sie bitte an diese Belastungsphase. Geben Sie im Folgenden an, wie Sie in der letzten Woche dazu gestanden haben, indem Sie für jede der folgenden Reaktionen ankreuzen, wie häufig diese bei Ihnen aufgetreten ist.

1. Ich habe über das, was den Kindern/Jugendlichen passiert ist, nachgegrübelt.	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
2. Ich habe unwillentlich an das, was den Kindern/Jugendlichen passiert ist, gedacht.	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
3. Mir haben sich visuelle oder körperliche Vorstellungen aufgedrängt, von dem was mir erzählt wurde.	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
4. Es war, als ob ich die Erlebnisse der Kinder/Jugendlichen nacherleben würde.	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
5. Ich hatte Angst, mir selbst könnte etwas zustoßen.	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
6. Ich hatte belastende Träume, die mit dem Gehörten in Zusammenhang standen.	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
7. Ich habe das, was den Kindern/Jugendlichen passiert ist, im Traum beobachtet.	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
8. Ich habe das, was den Kindern/Jugendlichen passiert ist so geträumt, als ob es mir passieren würde.	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
9. Wenn ich an das Gehörte erinnert wurde, habe ich mich psychisch belastet gefühlt.	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
10. Wenn ich an das Gehörte erinnert wurde, habe ich mit körperlicher Erregung und Anspannung reagiert.	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
11. Ich habe versucht, nicht an das Gehörte zu denken.	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
12. Ich habe Dinge, Orte oder Aktivitäten vermieden, die mich an das Gehörte erinnerten.	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
13. Ich habe mich von anderen Menschen entfremdet gefühlt.	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
14. Ich habe mich von anderen Menschen zurückgezogen oder war weniger aktiv als sonst.	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
15. Meine Gefühle waren weniger intensiv als sonst.	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
16. Dinge, die mir gewöhnlich Freude bereiten, haben mich nicht mehr so interessiert.	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
17. Ich habe stärker auf meine eigene Sicherheit geachtet.	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
18. Ich habe zusätzliche Vorsichtsmaßnahmen zu meiner eigenen Sicherheit ergriffen.	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
19. Ich habe mich bedroht oder verfolgt gefühlt.	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
20. Ich hatte Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen.	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft

21. Ich war schreckhaft.	<input type="button" value="nie"/>	<input type="button" value="selten"/>	<input type="button" value="manchmal"/>	<input type="button" value="oft"/>	<input type="button" value="sehr oft"/>
22. Ich hatte Probleme mich zu konzentrieren.	<input type="button" value="nie"/>	<input type="button" value="selten"/>	<input type="button" value="manchmal"/>	<input type="button" value="oft"/>	<input type="button" value="sehr oft"/>
23. Ich war gereizt.	<input type="button" value="nie"/>	<input type="button" value="selten"/>	<input type="button" value="manchmal"/>	<input type="button" value="oft"/>	<input type="button" value="sehr oft"/>
24. In meinem Team gab es Konflikte und Auseinandersetzungen.	<input type="button" value="nie"/>	<input type="button" value="selten"/>	<input type="button" value="manchmal"/>	<input type="button" value="oft"/>	<input type="button" value="sehr oft"/>
25. Ich hatte weniger Lust auf oder Freude an Sexualität.	<input type="button" value="nie"/>	<input type="button" value="selten"/>	<input type="button" value="manchmal"/>	<input type="button" value="oft"/>	<input type="button" value="sehr oft"/>
26. Ich habe auf Grund der beruflichen Belastung Alkohol getrunken oder Medikamente eingenommen.	<input type="button" value="nie"/>	<input type="button" value="selten"/>	<input type="button" value="manchmal"/>	<input type="button" value="oft"/>	<input type="button" value="sehr oft"/>
27. Mir haben sich Gedanken oder visuelle Vorstellungen von Übergriffen auf mich oder Menschen, die mir nahe stehen, aufgedrängt.	<input type="button" value="nie"/>	<input type="button" value="selten"/>	<input type="button" value="manchmal"/>	<input type="button" value="oft"/>	<input type="button" value="sehr oft"/>
28. Ich war gesundheitlich beeinträchtigt, z.B. durch Kopfschmerzen, Übelkeit, Infekte.	<input type="button" value="nie"/>	<input type="button" value="selten"/>	<input type="button" value="manchmal"/>	<input type="button" value="oft"/>	<input type="button" value="sehr oft"/>
29. Ich habe häufiger als sonst an meine eigene traumatische Geschichte gedacht oder davon geträumt.	<input type="button" value="nie"/>	<input type="button" value="selten"/>	<input type="button" value="manchmal"/>	<input type="button" value="oft"/>	<input type="button" value="sehr oft"/>
30. Ich habe mich als depressiv erlebt.	<input type="button" value="nie"/>	<input type="button" value="selten"/>	<input type="button" value="manchmal"/>	<input type="button" value="oft"/>	<input type="button" value="sehr oft"/>
31. Ich habe über Suizid nachgedacht.	<input type="button" value="nie"/>	<input type="button" value="selten"/>	<input type="button" value="manchmal"/>	<input type="button" value="oft"/>	<input type="button" value="sehr oft"/>

Abschließend möchte ich Sie bitten, sich noch die Zeit zu nehmen, einige allgemeine Angaben zu Ihrer Person sowie zu Ihrem derzeitigen Tätigkeitsfeld zu geben.

10. Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig?

weiblich

männlich

divers

11. Alter in Jahren

12. Welches ist der höchste Bildungsabschluss, den Sie haben?

- Berufsbildende Mittlere Schule
- Fachschule
- Matura
- Facheinschlägiges College
- B.A. einer Universität/Fachhochschule
- M.A. einer Universität/Fachhochschule
- Sonstiges

13. Wie lautet ihre derzeitige Berufsbezeichnung?

- Dipl. Sozialarbeiter*in
- Sozialarbeiter*in (FH)
- Sozialpädagog*in
- Pädagog*in
- Erzieher*in
- Andere Bezeichnung

14. In welchem Bundesland arbeiten Sie?

15. Seit wie vielen Jahren sind Sie in diesem Berufsfeld tätig?

Personen, welche sich im ersten Berufsjahr befinden, bitte die Zahl 0 eintragen.

16. Wo arbeiten Sie zurzeit?

- Krisenzentrum
- stationäre Krisenbetreuung
- sozialpädagogische Wohngruppe
- sozialtherapeutische Wohngruppe
- heilpädagogische Wohngruppe
- anderes

17. Wie viele Wochenstunden arbeiten Sie im Durchschnitt?

18. Wie viele Wochenstunden sollten Sie laut Arbeitsvertrag arbeiten?

19. Hatten Sie selbst schon ein traumatisches Erlebnis?

- Ja
- Nein

20. Wenn ja, wie oft denken Sie während Ihrer beruflichen Tätigkeit an diese(s) Trauma(ta)?

- noch sehr
- etwas
- kaum noch
- gar nicht mehr

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Ich möchte mich ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken.

Ihre Antworten wurden gespeichert, Sie können das Browser-Fenster nun schließen.

Anhang B: Stichprobenbeschreibung

Statistiken

	N		Mittelwert	Median	Std.- Abweichung	Minimum	Maximum
	Gültig	Fehlend					
Alter: [01]	182	3	37,15	35,00	10,281	20	61
Berufsjahre: [01]	171	14	9,09	6,00	8,523	0	40
Wochenstd. vertraglich: [01]	180	5	32,49	34,00	6,454	15	40
Wochenstunden: [01]	181	4	36,237569	35,000000	9,3999954	15,0000	80,0000
Prozent Trauma: [Keine Beschreibung] 01	182	3	87,66	94,00	15,716	23	101

Geschlecht

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	weiblich	147	79,5	80,3	80,3
	männlich	36	19,5	19,7	100,0
	Gesamt	183	98,9	100,0	
Fehlend	nicht beantwortet	1	,5		
	System	1	,5		
	Gesamt	2	1,1		
Gesamt		185	100,0		

Bundesland

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Wien	69	37,3	38,3	38,3
	Niederösterreich	34	18,4	18,9	57,2
	Burgenland	6	3,2	3,3	60,6
	Oberösterreich	22	11,9	12,2	72,8
	Steiermark	15	8,1	8,3	81,1
	Salzburg	11	5,9	6,1	87,2
	Kärnten	8	4,3	4,4	91,7
	Tirol	10	5,4	5,6	97,2
	Vorarlberg	5	2,7	2,8	100,0
	Gesamt	180	97,3	100,0	
	Fehlend	nicht beantwortet	4	2,2	
System		1	,5		
Gesamt		5	2,7		
Gesamt		185	100,0		

Bildungsabschluss

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Berufsbildende Mittlere Schule	3	1,6	1,6	1,6
	Fachschule	5	2,7	2,7	4,4
	Matura	21	11,4	11,5	15,8
	Facheinschlägiges College	37	20,0	20,2	36,1
	B.A. einer Universität/Fachhochschul e	43	23,2	23,5	59,6
	M.A. einer Universität/Fachhochschul e	53	28,6	29,0	88,5
	Sonstiges	21	11,4	11,5	100,0
	Gesamt	183	98,9	100,0	
Fehlend	nicht beantwortet	1	,5		
	System	1	,5		
	Gesamt	2	1,1		
Gesamt		185	100,0		

Berufsbezeichnung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Dipl. Sozialarbeiter*in	7	3,8	3,8	3,8
	Sozialarbeiter*in (FH)	19	10,3	10,4	14,3
	Sozialpädagog*in	123	66,5	67,6	81,9
	Pädagog*in	4	2,2	2,2	84,1
	Andere Bezeichnung	29	15,7	15,9	100,0
	Gesamt	182	98,4	100,0	
Fehlend	nicht beantwortet	2	1,1		
	System	1	,5		
	Gesamt	3	1,6		
Gesamt		185	100,0		

Berufsfeld

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Krisenzentrum	22	11,9	12,2	12,2
	stationäre Krisenbetreuung	12	6,5	6,6	18,8
	sozialpädagogische Wohngruppe	108	58,4	59,7	78,5
	sozialtherapeutische Wohngruppe	21	11,4	11,6	90,1
	anderes	18	9,7	9,9	100,0
	Gesamt	181	97,8	100,0	
Fehlend	nicht beantwortet	3	1,6		
	System	1	,5		
	Gesamt	4	2,2		
Gesamt		185	100,0		

Statistiken

		Wie viele KD: [01]	Alter Kinder: jüngstes	Alter Kinder: ältestes
N	Gültig	182	182	181
	Fehlend	3	3	4
Mittelwert		9,34	8,53	16,06
Median		8,00	8,00	16,00
Std.-Abweichung		4,405	3,849	3,079
Minimum		1	2	6
Maximum		30	15	20
Perzentile	25	8,00	6,00	15,00
	50	8,00	8,00	16,00
	75	10,00	12,00	18,00

Traumadetails

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja, von allen betroffenen Kindern/Jugendlichen	78	42,2	42,9	42,9
	Ja, von einigen betroffenen Kindern/Jugendlichen	102	55,1	56,0	98,9
	Nein, ich kenne keine Details	2	1,1	1,1	100,0
	Gesamt	182	98,4	100,0	
Fehlend	nicht beantwortet	2	1,1		
	System	1	,5		
	Gesamt	3	1,6		
Gesamt		185	100,0		

Anhang C: Berechnungen der deskriptiven Auswertung

Nachdenken über Traumata der Kinder/Jugendlichen:

Statistiken

Frage Belastung: [Keine Beschre

N	Gültig	180
	Fehlend	5
Mittelwert		34,86
Std.-Abweichung		21,977
Minimum		1
Maximum		91

Statistiken

Allgem. Belastung: [Keine Beschr

N	Gültig	178
	Fehlend	7
Mittelwert		36,25
Std.-Abweichung		24,482
Minimum		1
Maximum		95

Statistiken

Wochenstunden: [01]

N	Gültig	181
	Fehlend	4
Mittelwert		36,237569
Std.-Abweichung		9,3999954
Minimum		15,0000
Maximum		80,0000

Eigene Traumata

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	119	64,3	65,4	65,4
	Nein	63	34,1	34,6	100,0
	Gesamt	182	98,4	100,0	
Fehlend	nicht beantwortet	2	1,1		
	System	1	,5		
	Gesamt	3	1,6		
Gesamt		185	100,0		

Traumata denken

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	noch sehr	2	1,1	1,5	1,5
	etwas	27	14,6	19,7	21,2
	kaum noch	56	30,3	40,9	62,0
	gar nicht mehr	52	28,1	38,0	100,0
	Gesamt	137	74,1	100,0	
Fehlend	nicht beantwortet	47	25,4		
	System	1	,5		
	Gesamt	48	25,9		
Gesamt		185	100,0		

Empathie: alle Summenwerte

Statistiken

SPFallesum

N	Gültig	183
	Fehlend	2
Mittelwert		51,9727
Median		52,0000
Std.-Abweichung		5,69792
Minimum		35,00
Maximum		75,00

kognitive und emotionale Empathie – niedrig (1,00), Hoch (2,00)

SPFkognempgeordnet

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1,00	19	10,3	10,4	10,4
	2,00	164	88,6	89,6	100,0
	Gesamt	183	98,9	100,0	
Fehlend	System	2	1,1		

SPFemoempgeordnet

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1,00	86	46,5	47,0	47,0
	2,00	97	52,4	53,0	100,0
	Gesamt	183	98,9	100,0	
Fehlend	System	2	1,1		
Gesamt		185	100,0		

Resilienz: alle Summenwerte

Statistiken

RS13sum

N	Gültig	183
	Fehlend	2
Mittelwert		72,5902
Median		73,0000
Std.-Abweichung		7,84334

Resilienz geordnet: niedrig (1,00), moderat (2,00), hoch (3,00)

RS13geordnet

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1,00	41	22,2	22,4	22,4
	2,00	44	23,8	24,0	46,4
	3,00	98	53,0	53,6	100,0
	Gesamt	183	98,9	100,0	
Fehlend	System	2	1,1		
Gesamt		185	100,0		

Sekundäre Traumatisierung: alle Summenwerte

Statistiken

Sek.Traum.sum

N	Gültig	182
	Fehlend	3
Mittelwert		51,6648
Median		48,0000
Std.-Abweichung		13,87684
Minimum		31,00
Maximum		111,00

Sekundäre Traumatisierung geordnet: nicht (1,00), moderat (2,00), schwer sekundär traumatisiert (3,00)

Sek.Traum.geordnet

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1,00	153	82,7	84,1	84,1
	2,00	24	13,0	13,2	97,3
	3,00	5	2,7	2,7	100,0
	Gesamt	182	98,4	100,0	
Fehlend	System	3	1,6		
Gesamt		185	100,0		

Anhang D: Faktorenanalyse, Berechnungen der Hypothesen

RS13 - Resilienz:

KMO- und Bartlett-Test

Maß der Stichprobeneignung nach Kaiser-Meyer-Olkin.		,735	Reliabilitätsstatistiken			
Bartlett-Test auf Sphärizität	Ungefähres Chi-Quadrat	472,927			Cronbachs Alpha	Anzahl der Items
	df	78				
	Signifikanz nach Bartlett	<,001			,772	13

Rotierte Komponentenmatrix^a

	Komponente			
	1	2	3	4
RS 13: 1. Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch.	,031	,055	,037	,815
RS 13: 2. Normalerweise schaffe ich alles irgendwie.	,026	,806	,127	,173
RS 13: 3. Ich lasse mich nicht so schnell aus der Bahn werfen.	,232	,722	,028	-,051
RS 13: 4. Ich mag mich.	,653	,334	-,021	,011
RS 13: 5. Ich kann mehrere Dinge gleichzeitig bewältigen.	,102	,453	-,003	,438
RS 13: 6. Ich bin entschlossen.	,581	,081	,106	,501
RS 13: 7. Ich nehme die Dinge, wie sie kommen.	,531	,347	,385	-,138
RS 13: 8. Ich behalte an vielen Dingen Interesse.	,025	,116	,657	,155
RS 13: 9. Normalerweise kann ich eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten.	,064	,003	,757	-,033
RS 13: 10. Ich kann mich auch überwinden, Dinge zu tun, die ich eigentlich nicht machen will.	,017	-,042	,447	,453
RS 13: 11. Wenn ich in einer schwierigen Situation bin, finde ich gewöhnlich einen Weg heraus.	,409	,325	,454	,161
RS 13: 12. In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss.	,198	,379	,198	,430
RS 13: 13. Ich kann es akzeptieren, wenn mich nicht alle Leute mögen.	,827	-,034	,041	,128

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.^a

a. Die Rotation ist in 6 Iterationen konvergiert.

SPF – kognitive und emotionale Empathie:

KMO- und Bartlett-Test

Maß der Stichprobeneignung nach Kaiser-Meyer-Olkin.		,738
Bartlett-Test auf Sphärizität	Ungefähres Chi-Quadrat	229,803
	df	28
	Signifikanz nach Bartlett	<,001

Reliabilitätsstatistiken

Cronbachs Alpha	Anzahl der Items
,690	8

Rotierte Komponentenmatrix^a

	Komponente	
	1	2
SPF: 1. Ich empfinde warmherzige Gefühle für Leute, denen es weniger gut geht als mir.	-,067	,656
SPF: 3. In Notfallsituationen fühle ich mich ängstlich und unbehaglich.	,718	,292
SPF: 5. Wenn ich sehe, wie jemand ausgenutzt wird, glaube ich, ihn schützen zu müssen.	,082	,520
SPF: 6. Ich fühle mich hilflos, wenn ich inmitten einer sehr emotionsgeladenen Situation bin.	,771	,061
SPF: 8. In einer gespannten emotionalen Situation zu sein, macht mir Angst.	,733	,010
SPF: 9. Mich berühren Dinge sehr, auch wenn ich sie nur beobachte.	,135	,713
SPF: 11. Ich würde mich selbst als eine ziemlich weichherzige Person bezeichnen.	,213	,720
SPF: 13. In heiklen Situationen neige ich dazu, die Kontrolle über mich zu verlieren.	,674	,070

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.^a

a. Die Rotation ist in 3 Iterationen konvergiert.

KMO- und Bartlett-Test

Maß der Stichprobeneignung nach Kaiser-Meyer-Olkin.		,678
Bartlett-Test auf Sphärizität	Ungefähres Chi-Quadrat	247,395
	df	28
	Signifikanz nach Bartlett	<,001

Reliabilitätsstatistiken

Cronbachs Alpha	Anzahl der Items
,645	8

Rotierte Komponentenmatrix^a

	Komponente	
	1	2
SPF: 2. Die Gefühle einer Person in einem Roman kann ich mir sehr gut vorstellen.	,769	-,043
SPF: 4. Ich versuche, bei einem Streit zuerst beide Seiten zu verstehen, bevor ich eine Entscheidung treffe.	-,179	,754
SPF: 7. Nachdem ich einen Film gesehen habe, fühle ich mich so, als ob ich eine der Personen aus diesem Film sei.	,656	-,026
SPF: 10. Ich glaube, jedes Problem hat zwei Seiten und versuche deshalb beide zu berücksichtigen.	,085	,750
SPF: 12. Wenn ich einen guten Film sehe, kann ich mich sehr leicht in die Hauptperson hineinversetzen.	,705	,041
SPF: 14. Wenn mir das Verhalten eines anderen komisch vorkommt, versuche ich mich für eine Weile in seine Lage zu versetzen.	,016	,675
SPF: 15. Wenn ich eine interessante Geschichte oder ein gutes Buch lese, versuche ich mir vorzustellen, wie ich mich fühlen würde, wenn mir die Ereignisse passieren würden.	,691	,205
SPF: 16. Bevor ich jemanden kritisiere, versuche ich mir vorzustellen, wie ich mich an seiner Stelle fühlen würde.	,325	,609

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.
 Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.^a

a. Die Rotation ist in 3 Iterationen konvergiert.

Sek. Traumatisierung:

KMO- und Bartlett-Test

Maß der Stichprobeneignung nach Kaiser-Meyer-Olkin.		,855
Bartlett-Test auf Sphärität	Ungefähres Chi-Quadrat	2423,533
	df	465
	Signifikanz nach Bartlett	<,001

Reliabilitätsstatistiken

Cronbachs Alpha	Anzahl der Items
,906	31

Rotierte Komponentenmatrix^a

	Komponente						
	1	2	3	4	5	6	7
Sek. Traum.: 1. Ich habe über das, was den Kindern/Jugendlichen passiert ist, nachgegrübelt.	-,006	,038	,716	,243	-,031	-,140	,104
Sek. Traum.: 2. Ich habe unwillentlich an das, was den Kindern/Jugendlichen passiert ist, gedacht.	,137	,161	,724	,259	,025	-,031	,078
Sek. Traum.: 3. Mir haben sich visuelle oder körperliche Vorstellungen aufgedrängt, von dem was mir erzählt wurde.	,151	,072	,751	,071	,088	,049	,066
Sek. Traum.: 4. Es war, als ob ich die Erlebnisse der Kinder/Jugendlichen nacherleben würde.	,112	,297	,585	-,007	,173	,074	-,207
Sek. Traum.: 5. Ich hatte Angst, mir selbst könnte etwas zustoßen.	,364	,508	,270	-,018	,190	-,102	-,342
Sek. Traum.: 6. Ich hatte belastende Träume, die mit dem Gehörten in Zusammenhang standen.	,272	,130	,215	,367	,460	,327	-,123
Sek. Traum.: 7. Ich habe das, was den Kindern/Jugendlichen passiert ist, im Traum beobachtet.	,070	,044	,198	,194	,621	,074	,201

Sek. Traum.: 8. Ich habe das, was den Kindern/Jugendlichen passiert ist so geträumt, als ob es mir passieren würde.	,143	-,043	-,108	-,066	,729	-,114	-,094
Sek. Traum.: 9. Wenn ich an das Gehörte erinnert wurde, habe ich mich psychisch belastet gefühlt.	,205	-,022	,239	,687	,151	-,176	-,004
Sek. Traum.: 10. Wenn ich an das Gehörte erinnert wurde, habe ich mit körperlicher Erregung und Anspannung reagiert.	,290	-,010	,245	,648	,281	-,106	,017
Sek. Traum.: 11. Ich habe versucht, nicht an das Gehörte zu denken.	,126	,256	,172	,653	-,045	,183	,096
Sek. Traum.: 12. Ich habe Dinge, Orte oder Aktivitäten vermieden, die mich an das Gehörte erinnerten.	,269	,432	,047	,407	,003	,330	-,297
Sek. Traum.: 13. Ich habe mich von anderen Menschen entfremdet gefühlt.	,524	,222	,007	,245	,282	-,168	-,328
Sek. Traum.: 14. Ich habe mich von anderen Menschen zurückgezogen oder war weniger aktiv als sonst.	,799	,094	,026	,192	,051	,092	-,079
Sek. Traum.: 15. Meine Gefühle waren weniger intensiv als sonst.	,522	,265	-,056	,380	-,113	-,022	,344
Sek. Traum.: 16. Dinge, die mir gewöhnlich Freude bereiten, haben mich nicht mehr so interessiert.	,780	,100	-,005	,256	-,101	-,022	,062
Sek. Traum.: 17. Ich habe stärker auf meine eigene Sicherheit geachtet.	,242	,811	,141	,052	-,026	-,075	,124
Sek. Traum.: 18. Ich habe zusätzliche Vorsichtsmaßnahmen zu meiner eigenen Sicherheit ergriffen.	,111	,821	,234	,094	,060	-,082	,042
Sek. Traum.: 19. Ich habe mich bedroht oder verfolgt gefühlt.	,302	,524	-,003	,294	,270	-,160	-,048
Sek. Traum.: 20. Ich hatte Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen.	,648	,053	,076	,144	,202	,093	-,011
Sek. Traum.: 21. Ich war schreckhaft.	,435	,303	,241	-,007	,261	-,127	-,341
Sek. Traum.: 22. Ich hatte Probleme mich zu konzentrieren.	,788	,110	,167	,050	,093	,107	,059
Sek. Traum.: 23. Ich war gereizt.	,743	,229	,010	,200	,184	-,172	,009
Sek. Traum.: 24. In meinem Team gab es Konflikte und Auseinandersetzungen.	,384	,059	,176	,252	,137	-,482	-,042

Sek. Traum.: 25. Ich hatte weniger Lust auf oder Freude an Sexualität.	,527	,270	-,009	,370	,121	,231	,153
Sek. Traum.: 26. Ich habe auf Grund der beruflichen Belastung Alkohol getrunken oder Medikamente eingenommen.	,217	,091	,183	,075	,184	,020	,723
Sek. Traum.: 27. Mir haben sich Gedanken oder visuelle Vorstellungen von Übergriffen auf mich oder Menschen, die mir nahe stehen, aufgedrängt.	,128	,337	,147	,268	,525	-,025	,125
Sek. Traum.: 28. Ich war gesundheitlich beeinträchtigt, z.B. durch Kopfschmerzen, Übelkeit, Infekte.	,584	,133	,304	-,016	,145	-,064	,094
Sek. Traum.: 29. Ich habe häufiger als sonst an meine eigene traumatische Geschichte gedacht oder davon geträumt.	,422	,286	,264	-,069	,395	,269	,029
Sek. Traum.: 30. Ich habe mich als depressiv erlebt.	,691	,146	,263	,024	,185	,234	,091
Sek. Traum.: 31. Ich habe über Suizid nachgedacht.	,228	-,229	-,020	,051	,028	,688	,043

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.^a

a. Die Rotation ist in 7 Iterationen konvergiert.

Hypothese 1:

Eigene Traumata * Sek.Traum.geordnet Kreuztabelle

		Sek.Traum.geordnet			Gesamt	
		1,00	2,00	3,00		
Eigene Traumata	Ja	Anzahl	93	21	5	119
		% von Eigene Traumata	78,2%	17,6%	4,2%	100,0%
	Nein	Anzahl	59	3	0	62
		% von Eigene Traumata	95,2%	4,8%	0,0%	100,0%
Gesamt		Anzahl	152	24	5	181
		% von Eigene Traumata	84,0%	13,3%	2,8%	100,0%

Symmetrische Maße

		Wert	Näherungsweise Signifikanz
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Phi	,224	,011
	Cramer-V	,224	,011
Anzahl der gültigen Fälle		181	

Hypothese 2:

Geschlecht * Sek.Traum.geordnet Kreuztabelle

			Sek.Traum.geordnet			Gesamt
			1,00	2,00	3,00	
Geschlecht	weiblich	Anzahl	123	20	3	146
		% von Geschlecht	84,2%	13,7%	2,1%	100,0%
	männlich	Anzahl	30	4	2	36
		% von Geschlecht	83,3%	11,1%	5,6%	100,0%
Gesamt		Anzahl	153	24	5	182
		% von Geschlecht	84,1%	13,2%	2,7%	100,0%

Symmetrische Maße

		Wert	Näherungsweise Signifikanz
Nominal- bzgl.	Phi	,089	,487
Nominalmaß	Cramer-V	,089	,487
Anzahl der gültigen Fälle		182	

Hypothese 3.

Alterneu * Sek.Traum.geordnet Kreuztabelle

			Sek.Traum.geordnet			Gesamt
			1,00	2,00	3,00	
Alterneu	jung	Anzahl	88	15	2	105
		% von Alterneu	83,8%	14,3%	1,9%	100,0%
	alt	Anzahl	65	8	3	76
		% von Alterneu	85,5%	10,5%	3,9%	100,0%
Gesamt		Anzahl	153	23	5	181
		% von Alterneu	84,5%	12,7%	2,8%	100,0%

Symmetrische Maße

		Wert	Näherungsweise Signifikanz
Nominal- bzgl.	Phi	,080	,557
Nominalmaß	Cramer-V	,080	,557
Anzahl der gültigen Fälle		181	

Hypothese 4:

Alterneu * SPFemoempgeordnet Kreuztabelle

		SPFemoempgeordnet		Gesamt	
		1,00	2,00		
Alterneu	jung	Anzahl	38	68	106
		% von Alterneu	35,8%	64,2%	100,0%
	alt	Anzahl	48	28	76
		% von Alterneu	63,2%	36,8%	100,0%
Gesamt		Anzahl	86	96	182
		% von Alterneu	47,3%	52,7%	100,0%

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)	Exakte Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (einseitig)
Pearson-Chi-Quadrat	13,244 ^a	1	<,001		
Kontinuitätskorrektur ^b	12,171	1	<,001		
Likelihood-Quotient	13,384	1	<,001		
Exakter Test nach Fisher				<,001	<,001
Zusammenhang linear- mit-linear	13,171	1	<,001		
Anzahl der gültigen Fälle	182				

a. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 35,91.

b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

Hypothese 5:

Korrelationen

		Berufsjahre: [01]	SPFallesum
Berufsjahre: [01]	Pearson-Korrelation	1	-,260**
	Sig. (2-seitig)		<,001
	N	171	171
SPFallesum	Pearson-Korrelation	-,260**	1
	Sig. (2-seitig)	<,001	
	N	171	183

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Hypothese 6:

Korrelationen

		Berufsjahre: [01]	RS13sum
Berufsjahre: [01]	Pearson-Korrelation	1	,219**
	Sig. (2-seitig)		,004
	N	171	171
RS13sum	Pearson-Korrelation	,219**	1
	Sig. (2-seitig)	,004	
	N	171	183

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Hypothese 7:

Korrelationen

		SPFemoempg eordnet	Sek.Traum. sum
SPFemoempgeordnet	Pearson-Korrelation	1	,197**
	Sig. (2-seitig)		,008
	N	183	182
Sek.Traum.sum	Pearson-Korrelation	,197**	1
	Sig. (2-seitig)	,008	
	N	182	182

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Korrelationen

		SPFkognempg eordnet	Sek.Traum. sum
SPFkognempgeordnet	Pearson-Korrelation	1	,079
	Sig. (2-seitig)		,291
	N	183	182
Sek.Traum.sum	Pearson-Korrelation	,079	1
	Sig. (2-seitig)	,291	
	N	182	182

Hypothese 8:

Korrelationen

		RS13sum	Sek.Traum. geordnet
RS13sum	Pearson-Korrelation	1	-,184*
	Sig. (2-seitig)		,013
	N	183	182
Sek.Traum.geordnet	Pearson-Korrelation	-,184*	1
	Sig. (2-seitig)	,013	
	N	182	182

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Hypothese 9 – Regressionsanalyse:

Deskriptive Statistiken

	Mittelwert	Std.- Abweichung	N
Sek.Traum.sum	51,4107	14,00142	168
SPFkognempsum	28,1310	3,47197	168
SPFemoempsum	24,0536	3,38588	168
RS13sum	72,7321	7,88197	168
Berufsjahre: [01]	9,17	8,564	168
Alter: [01]	36,86	10,133	168
Eigene Traumata	1,34	,475	168

Korrelationen

		Sek.Traum. sum	SPFkognemps um	SPFemoemps um	RS13sum	Berufsjahre: [01]	Alter: [01]	Eigene Traumata
Korrelation nach Pearson	Sek.Traum.sum	1,000	,220	,345	-,276	-,063	-,083	-,203
	SPFkognempsum	,220	1,000	,409	-,024	-,134	-,092	,056
	SPFemoempsum	,345	,409	1,000	-,336	-,311	-,283	,015
	RS13sum	-,276	-,024	-,336	1,000	,219	,112	,069
	Berufsjahre: [01]	-,063	-,134	-,311	,219	1,000	,645	-,107
	Alter: [01]	-,083	-,092	-,283	,112	,645	1,000	-,188
	Eigene Traumata	-,203	,056	,015	,069	-,107	-,188	1,000
	Sig. (1-seitig)		,002	<,001	<,001	,207	,143	,004
	SPFkognempsum	,002	.	,000	,380	,042	,118	,234
	SPFemoempsum	,000	,000	.	,000	,000	,000	,425
	RS13sum	,000	,380	,000	.	,002	,074	,186
	Berufsjahre: [01]	,207	,042	,000	,002	.	,000	,084
	Alter: [01]	,143	,118	,000	,074	,000	.	,007
	Eigene Traumata	,004	,234	,425	,186	,084	,007	.
N	Sek.Traum.sum	168	168	168	168	168	168	168
	SPFkognempsum	168	168	168	168	168	168	168
	SPFemoempsum	168	168	168	168	168	168	168
	RS13sum	168	168	168	168	168	168	168
	Berufsjahre: [01]	168	168	168	168	168	168	168
	Alter: [01]	168	168	168	168	168	168	168
	Eigene Traumata	168	168	168	168	168	168	168

Aufgenommene/Entfernte Variablen^a

Modell	Aufgenommene Variablen	Entfernte Variablen	Methode
1	Eigene Traumata, SPFemoempsum, Berufsjahre: [01], RS13sum, SPFkognempsum, Alter: [01] ^b	.	Einschluß

a. Abhängige Variable: Sek.Traum.sum

b. Alle gewünschten Variablen wurden eingegeben.

Modellzusammenfassung^b

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	Durbin-Watson-Statistik
1	,455 ^a	,207	,178	12,69814	1,994

a. Einflußvariablen : (Konstante), Eigene Traumata, SPFemoempsum, Berufsjahre: [01], RS13sum, SPFkognempsum, Alter: [01]

b. Abhängige Variable: Sek.Traum.sum

ANOVA^a

Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1	Regression	6778,585	6	1129,764	7,007	<,001 ^b
	Nicht standardisierte Residuen	25960,075	161	161,243		
	Gesamt	32738,661	167			

a. Abhängige Variable: Sek.Traum.sum

b. Einflußvariablen : (Konstante), Eigene Traumata, SPFemoempsum, Berufsjahre: [01], RS13sum, SPFkognempsum, Alter: [01]

Koeffizienten^a

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten			Korrelationen			Kollinearitätsstatistik	
		Regressionskoeffizient B	Std.-Fehler	Beta	T	Sig.	Nullter Ordnung	Partiell	Teil	Toleranz	VIF
1	(Konstante)	48,319	15,895		3,040	,003					
	SPFkognempsum	,554	,314	,137	1,764	,080	,220	,138	,124	,813	1,229
	SPFemoempsum	,974	,353	,236	2,758	,006	,345	,212	,194	,676	1,480
	RS13sum	-,341	,135	-,192	-2,519	,013	-,276	-,195	-,177	,847	1,181
	Berufsjahre: [01]	,172	,154	,105	1,117	,266	-,063	,088	,078	,552	1,811
	Alter: [01]	-,123	,130	-,089	-,944	,347	-,083	-,074	-,066	,557	1,794
	Eigene Traumata	-6,084	2,119	-,206	-2,871	,005	-,203	-,221	-,202	,954	1,049

a. Abhängige Variable: Sek.Traum.sum

Kollinearitätsdiagnose^a

Modell	Dimension	Eigenwert	Konditionsindex	(Konstante)	SPFkognempsum	SPFemoempsum	Varianzanteile			Eigene Traumata
							RS13sum	Berufsjahre: [01]	Alter: [01]	
1	1	6,394	1,000	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	2	,446	3,786	,00	,00	,00	,00	,47	,00	,01
	3	,095	8,193	,00	,00	,01	,00	,07	,04	,85
	4	,035	13,526	,00	,02	,05	,00	,43	,78	,07
	5	,017	19,127	,01	,01	,23	,34	,01	,07	,04
	6	,009	26,700	,02	,95	,34	,03	,00	,00	,00
	7	,003	47,542	,98	,01	,37	,63	,01	,10	,01

a. Abhängige Variable: Sek.Traum.sum

Residuenstatistik^a

	Minimum	Maximum	Mittelwert	Std.- Abweichung	N
Nicht standardisierter vorhergesagter Wert	33,9983	74,0520	51,4107	6,37105	168
Nicht standardisierte Residuen	-25,26487	41,06883	,00000	12,46794	168
Standardisierter vorhergesagter Wert	-2,733	3,554	,000	1,000	168
Standardisierte Residuen	-1,990	3,234	,000	,982	168

a. Abhängige Variable: Sek.Traum.sum

Voraussetzungsprüfungen: Normalverteilungstest und Q-Q-Test-Diagramm

Verarbeitete Fälle

	Gültig		Fälle Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Unstandardized Predicted Value	168	90,8%	17	9,2%	185	100,0%
Unstandardized Residual	168	90,8%	17	9,2%	185	100,0%

Deskriptive Statistik

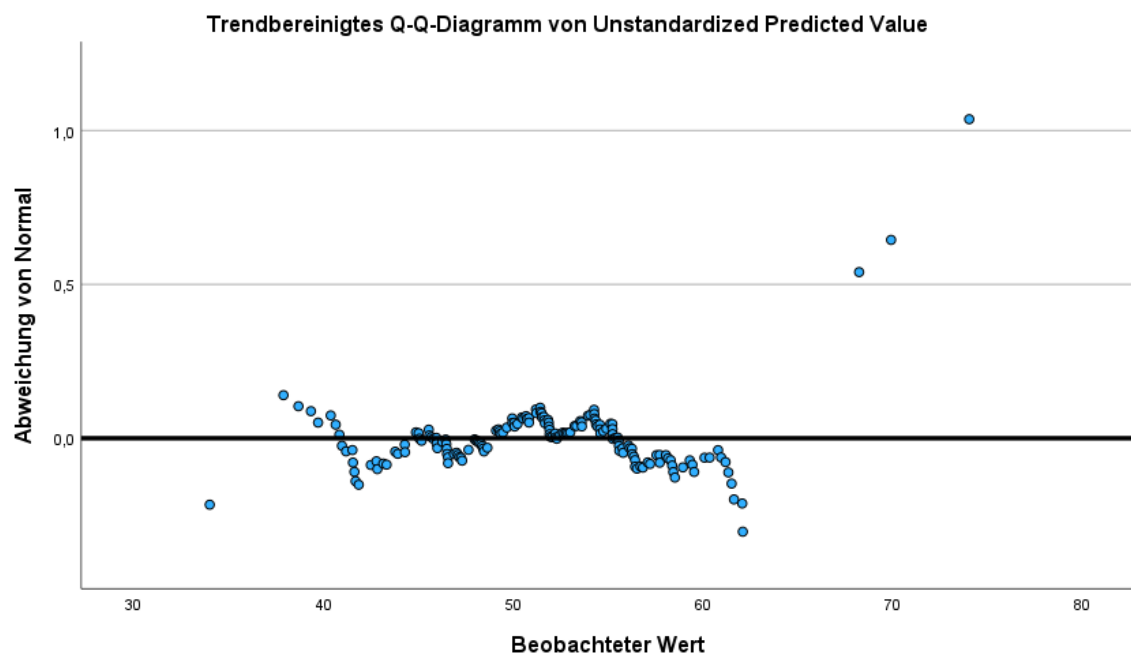
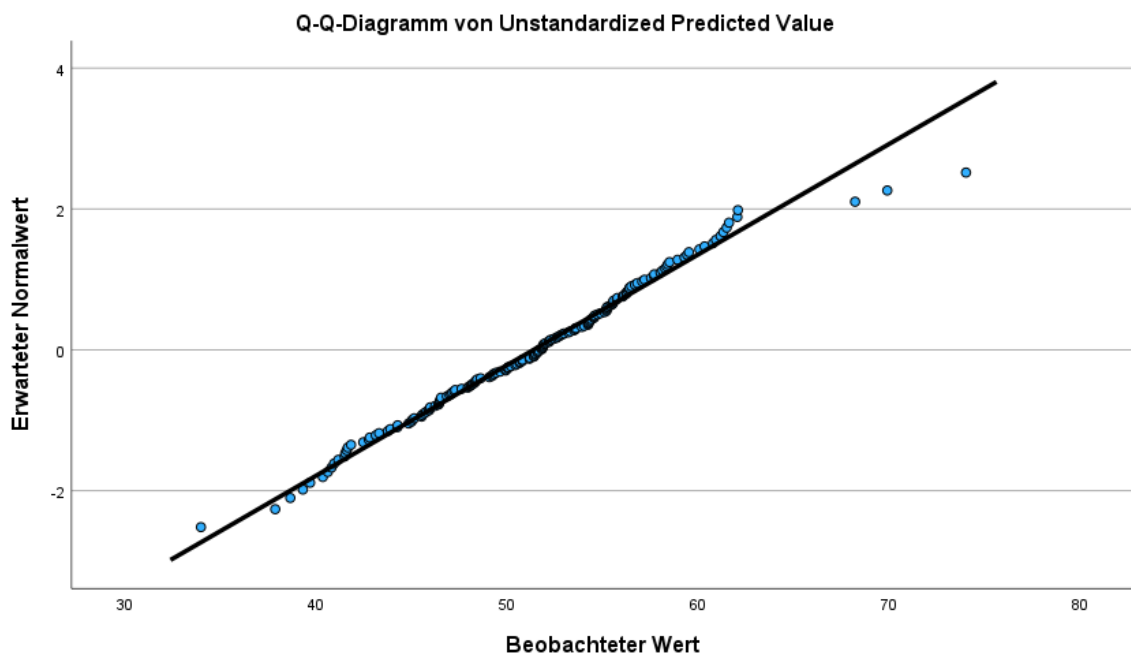
		Statistik	Standard Fehler	
Unstandardized Predicted Value	Mittelwert	51,4107143	,49153750	
	95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	50,4402861	
		Obergrenze	52,3811425	
	5% getrimmtes Mittel	51,3473808		
	Median	51,7566705		
	Varianz	40,590		
	Standard Abweichung	6,37105419		
	Minimum	33,99834		
	Maximum	74,05200		
	Spannweite	40,05366		
	Interquartilbereich	8,93218		
	Schiefe	,172	,187	
	Kurtosis	,569	,373	
	Unstandardized Residual	Mittelwert	,0000000	,96192253
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts		Untergrenze	-1,8990957	
		Obergrenze	1,8990957	
5% getrimmtes Mittel		-,6281776		
Median		-,7734521		
Varianz		155,450		
Standard Abweichung		12,46794101		
Minimum		-25,26487		
Maximum		41,06883		
Spannweite		66,33370		
Interquartilbereich		16,49432		
Schiefe		,711	,187	
Kurtosis		,333	,373	

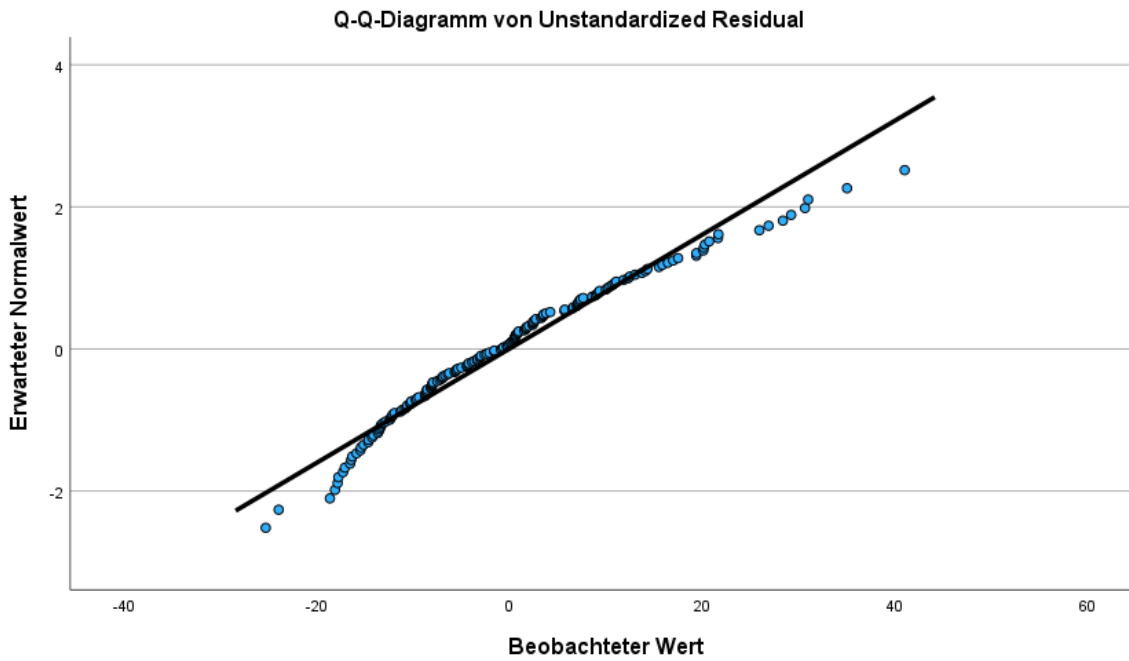
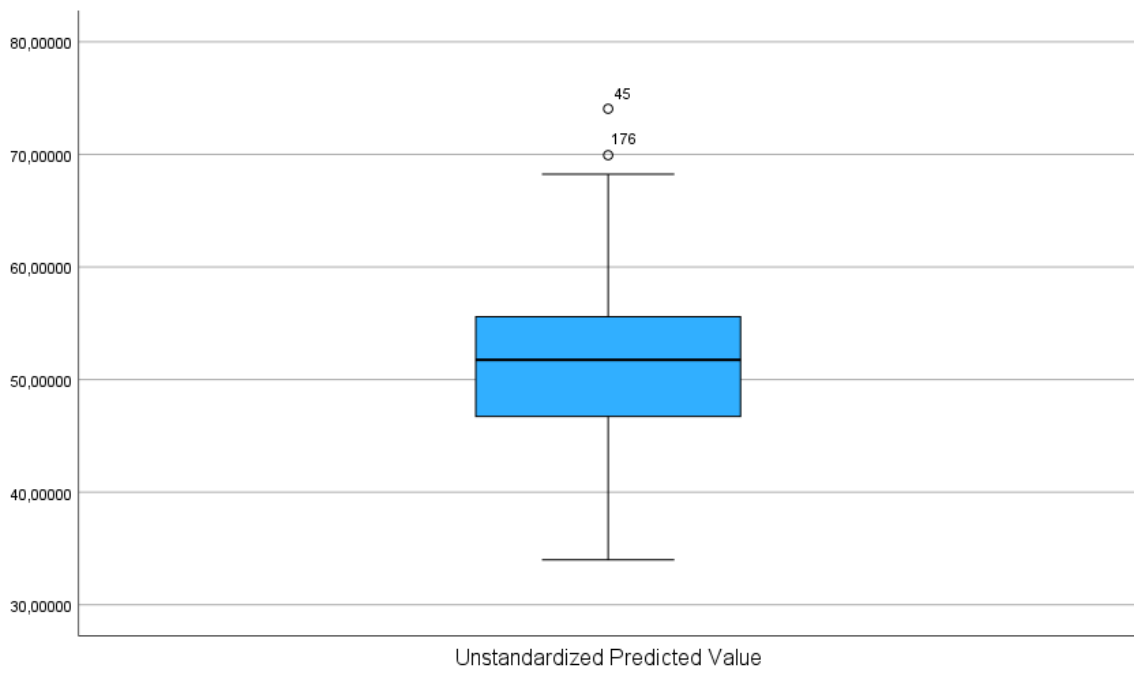
Tests auf Normalverteilung

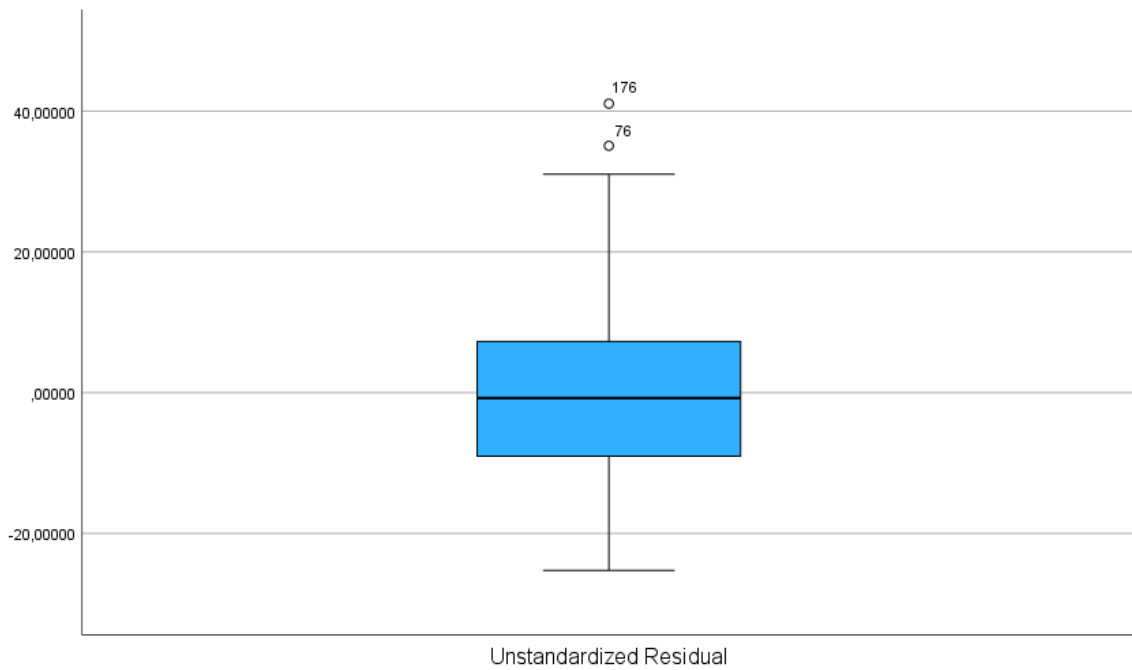
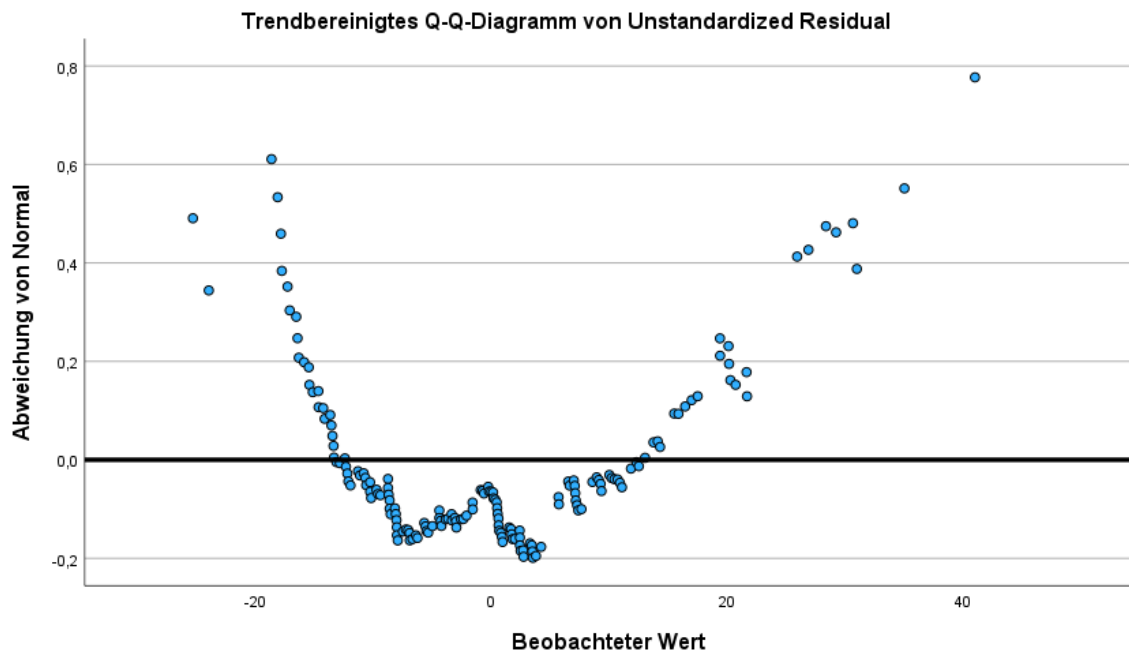
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistik	df	Signifikanz	Statistik	df	Signifikanz
Unstandardized Predicted Value	,043	168	,200 [*]	,989	168	,199
Unstandardized Residual	,078	168	,013	,965	168	<,001

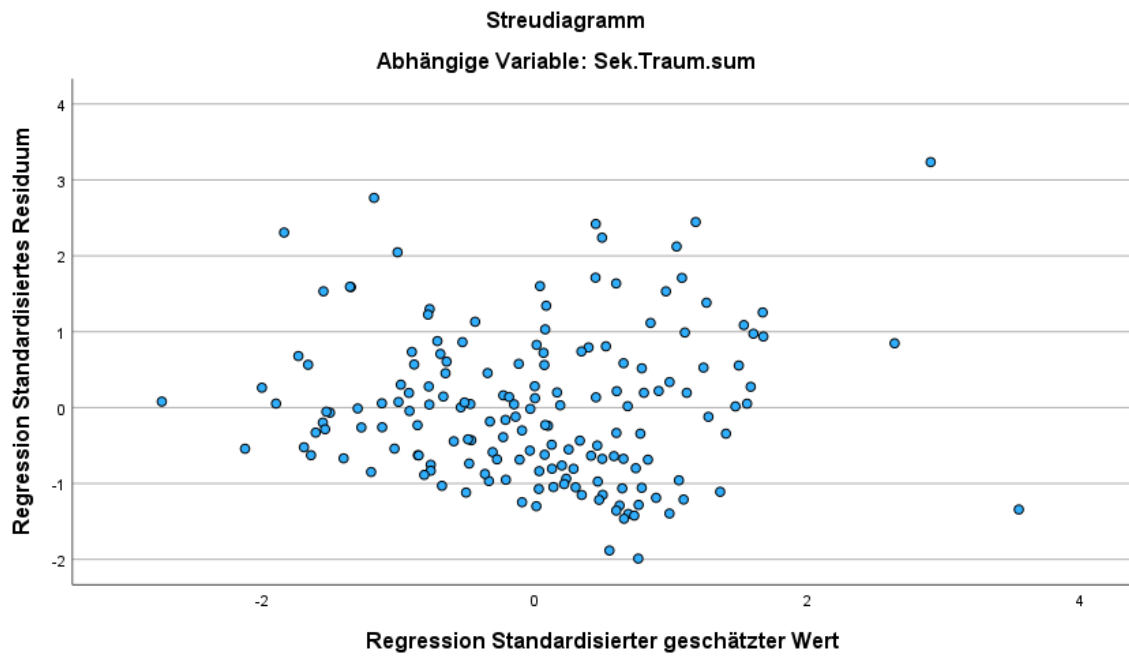
*. Dies ist eine untere Grenze der echten Signifikanz.

a. Signifikanzkorrektur nach Lilliefors









Anhang F: Hilfsmittel

KI basiertes Hilfsmittel	Einsatzform
DeepL Translator	Übersetzung des Titels, der Kurzfassung (Abstract) und der Keywords