

Psychotherapie 2023 · 68:440–448
<https://doi.org/10.1007/s00278-023-00689-z>
 Angenommen: 2. September 2023
 Online publiziert: 18. Oktober 2023
 © The Author(s) 2023



Wie denken Psychotherapeut*innen in Deutschland über die Durchführung von Traumatherapie?

Bundesweite Befragung zur durchführungsbezogenen Einstellung gegenüber traumafokussierter Therapie

Katharina Gossmann¹ · Rita Rosner¹ · Antonia Barke²

¹ Lehrstuhl für Klinische und Biologische Psychologie, Katholische Universität Eichstätt Ingolstadt, Eichstätt, Deutschland

² Institut für Psychologie, Abteilung für klinisch-psychologische Interventionen, Universität Duisburg-Essen, Duisburg-Essen, Deutschland

In diesem Beitrag

- **Methode**
Rekrutierung und Stichprobe • Maße • Statistische Analysen
- **Ergebnisse**
Deskriptive Statistik • Zusammenhang zwischen Therapeut*innencharakteristika und der durchführungsbezogenen Einstellung gegenüber Traumatherapie
- **Diskussion**
Implikationen • Limitationen

Verfügbarkeit der Daten

Die generierten und analysierten Daten werden auf Anfrage von der korrespondierenden Autorin zur Verfügung gestellt, da die Daten aufgrund von (Datenschutz-)rechtlichen Gründen und wegen laufenden Folgeanalysen nicht öffentlich verfügbar sind.



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Zusammenfassung

Hintergrund und Zielsetzung: Es findet sich eine mangelhafte Umsetzung von traumafokussierten Behandlungsrationalen in der psychotherapeutischen Praxis. Ein Grund kann die Einstellung der Behandelnden gegenüber der Durchführung von Traumatherapie sein; diese soll im Rahmen dieser Studie abgebildet werden. Zusätzlich werden diverse Therapeut*innencharakteristika als mögliche Einflussfaktoren berücksichtigt.

Methode: In der Studie wurden die Daten von 1326 approbierten oder sich in Ausbildung befindenden Psychotherapeut*innen analysiert. In die deutschlandweite Online-Umfrage wurden verschiedene Fachrichtungen und Behandlungsschwerpunkte (Kinder und Jugendliche vs. Erwachsene) aufgenommen. Die Einstellung gegenüber traumafokussierter Psychotherapie wurde auf 4 visuellen Analogskalen (Behandlungsbereitschaft, Kompetenzerleben, Befürchtungen, Wahrscheinlichkeit einer baldigen Durchführung) erfasst.

Ergebnisse: Es zeigte sich eine insgesamt günstige durchführungsbezogene Einstellung gegenüber Traumatherapie. Relevante Korrelate waren die Zahl der Therapien pro Woche, der Ausbildungsstatus, die psychotherapeutische Fachrichtung und traumafokussierte Zusatzqualifikationen.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Einstellung von Psychotherapeut*innen zu Traumatherapie signifikant mit einigen Therapeut*innencharakteristika zusammenhängt, obwohl sie insgesamt günstig ausgeprägt ist. Vor allem der hochsignifikante Zusammenhang mit traumafokussierter Zusatzqualifikation impliziert die Notwendigkeit weiterer Studien zur Überprüfung kausaler Zusammenhänge zwischen Training und durchführungsbezogener Einstellung. Dieses Ergebnis verdeutlicht auch die Relevanz von Disseminationsprojekten für traumafokussierte Therapie.

Schlüsselwörter

Professionelles Kompetenzerleben · Einstellung von Gesundheitspersonal · Psychotherapeut*innenbefragung · Dissemination von Therapieverfahren · Befürchtungen in der Traumatherapie

Die S3-Behandlungsleitlinien für die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) sprechen sich deutlich für die traumafokussierte Psychotherapie aus. Dennoch erhält nur ein geringer Anteil Betroffener überhaupt ein Psychotherapieangebot, und in etlichen Psychotherapieprozessen wird das ursächlich traumatische Erlebnis nicht angesprochen. Um dieser mangelhaften Umsetzung traumafokussierter Behandlungsrationalen begegnen zu können, ist die Kenntnis der von Psychotherapeut*innen wahrgenommenen Ressourcen und Herausforderungen der Traumatherapie eine essenzielle Voraussetzung.

Hintergrund

Nur knapp über die Hälfte (53,8%) der psychisch belasteten Jugendlichen, die die Diagnose einer PTBS erfüllten und nach einer psychologisch-psychiatrischen Behandlung suchten, fanden einen Therapieplatz (Vogel et al. 2021). Die Behandlung der Jugendlichen umfasste größtenteils Psychopharmakotherapie oder Psychotherapie. In den Fällen, in denen die Jugendlichen eine Psychotherapie erhielten, zeigte sich, dass das traumatische Erlebnis, das Ursache der PTBS war, in weniger als der Hälfte der Therapieprozesse angesprochen wurde (Vogel et al. 2021). Allerdings gibt es in den S3-Behandlungsleitlinien für die traumafokussierte Psychotherapie, während von einer reinen, primär psychopharmakologischen Behandlung abgeraten wird (Schäfer et al. 2019). Es stellt sich die Frage, welche Ursachen es für die mangelhafte Versorgung Betroffener mit Psychotherapie im Allgemeinen und traumafokussierter Therapie im Besonderen gibt. Einzelne Studien bringen bereits erste Erkenntnisse: Hannich et al. (2019) untersuchten, basierend auf verschiedenen Patient*innencharakteristika, die Bereitschaft von 1707 approbierten Psychotherapeut*innen (APT) zur Durchführung von Psychotherapie. Es wurden Gründe für die Ablehnung von Patient*innen erfasst, und es stellte sich heraus, dass neben einer fehlenden Behandlungsindikation und einer fehlenden Therapeut*innen-Patient*innen-Passung auch Merkmale aufseiten der Betrof-

fenen wie fehlende Motivation sowie spezifische psychische Störungsbilder eine Rolle spielen können. Zu den genannten Störungsbildern zählten außer substanzgebundenen Süchten und Persönlichkeitsstörungen auch neurotische, somatoforme und Belastungsstörungen wie die PTBS (F4-Kapitel der 10. Aufl. der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, ICD-10). Bezüglich der spezifischen Störungsbilder scheint ebenso die Therapierichtung als ein Charakteristikum auf Therapeut*innenseite ins Gewicht zu fallen. Tiefenpsychologische bzw. psychoanalytische Psychotherapeut*innen lehnten häufiger Patient*innen mit neurotischen oder Belastungsstörungen ab als Verhaltenstherapeut*innen (Hannich et al. 2019). In einer Studie mit einer kleinen Stichprobe fand sich allerdings bei den 54 befragten APT kein Einfluss der psychotherapeutischen Fachrichtung auf die Behandlungsbereitschaft (Schnell et al. 2015). Jedoch ist die Stichprobe in der Publikation von Schnell et al. (2015) deutlich kleiner als jene in der Untersuchung von Hannich et al. (2019) und umfasst lediglich 24 Verhaltenstherapeut*innen und 30 tiefenpsychologische Psychotherapeut*innen. Schnell et al. (2015) fanden in der kleinen Stichprobe auch eine hohe Varianz der Zahl jährlich behandelte Patient*innen (14 bis 200 Patient*innen/Jahr), und beinahe 50% der 54 Therapeut*innen hatten eine traumaspezifische Zusatzqualifikation. Folglich ist eine insgesamt inkonsistente Befundlage zur Relevanz der therapeutischen Fachkunde im Hinblick auf Behandlungsbereitschaft gegenüber Patient*innen mit Traumafolgestörungen zu verzeichnen.

Selbst wenn Psychotherapeut*innen Patient*innen mit traumatischen Erfahrungen in eine Therapie nehmen, wird das Trauma trotz der Empfehlungen in den Behandlungsleitlinien nur unzureichend thematisiert (Schäfer et al. 2019; Vogel et al. 2021). Ein Faktor auf Therapeut*innenseite kann der Mangel an Kompetenzerleben sein, der die Einleitung einer Psychotherapie mit Traumafokus erschwert (Hannich et al. 2019). Auch die 16 Therapeut*innen in einer Interviewstudie berichteten davon, dass das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten entscheidend

für die Traumatherapie ist (Boterhoven de Haan et al. 2021). Bei einem höheren Kompetenzerleben unter Psychotherapeut*innen, die mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen arbeiten, wurden des Weiteren Unterschiede im therapeutischen Vorgehen deutlich: Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen mit einem höheren Kompetenzerleben arbeiteten häufiger konfrontativ mit ihren traumatisierten Patient*innen und bezogen Eltern und andere Bezugspersonen häufiger in die Therapien ein (Szota et al. 2021). Zusätzlich ging mit einem höheren Kompetenzerleben eine geringere eigene Belastung durch den psychotherapeutischen Beruf einher (Szota et al. 2021). Fast die Hälfte (46,4%) der Teilnehmenden der Studie von Szota et al. (2021) erfragte routinemäßig Gewalterfahrungen bei Kindern und Jugendlichen und 59,8% Symptome von Traumafolgestörungen, wie es auch in den S3-Behandlungsleitlinien für die Diagnostik der PTBS empfohlen wird (Schäfer et al. 2019). Als häufigste Ursache für eine fehlende Exploration wurden einstellungsbezogene Aspekte wie das Vertrauen in die eigene klinische Erfahrung, die Angst vor Suggestion sowie eine Veränderung des Umgangs mit Bezugspersonen z.B. aufgrund von Schuldzuweisungen genannt (Szota et al. 2021). Auch in einer weiteren Studie berichteten die 499 teilnehmenden Psychotherapeut*innen von Bedenken gegenüber Traumatherapie wie Belastungen für Patient*innen (z.B. erhöhte Suizidalität, Therapieabbruch). Diese Bedenken waren ebenso wie das eigene Kompetenzerleben, die Selbstwirksamkeit sowie das Wissen über das Thema signifikant mit der Bereitschaft zur Implementierung traumafokussierter Methoden assoziiert (Sansen et al. 2019). Solche Bedenken bezüglich Retraumatisierung oder Symptomverschlechterung beeinflussen nicht nur die Implementierung von traumafokussierter Therapie, sondern gehören auch zu den Gründen für die Ablehnung von Patient*innen mit einer Traumafolgestörung (Becker et al. 2004).

Es stellt sich die Frage, wie es zu einem unzureichenden Kompetenzerleben sowie einem erhöhten Vorliegen von Befürchtungen und Bedenken kommt. Zum Teil berichteten die Therapeut*innen, dass die

Behandlung von Traumafolgestörungen in der Psychotherapieausbildung unzureichend vermittelt wurde (Schnell et al. 2015). Ebenso berichten Psychotherapeut*innen in den USA von mangelndem Training im Bereich evidenzbasierter Therapieverfahren für Trauma (Becker et al. 2004). Diese Befunde werden von Studien gestützt, die den Einfluss von traumaspezifischem Training auf die Einstellung von Behandler*innen untersuchten. Beispielsweise konnte festgestellt werden, dass, obwohl die Behandlungsbereitschaft gegenüber PTBS unter den Therapeut*innen im Schnitt eher hoch ausfiel, Psychotherapeut*innen mit einer traumafokussierten Zusatzqualifikation eine signifikant höhere Bereitschaft berichteten (Schnell et al. 2015). Im Einklang damit ergab eine Online-Umfrage, dass Psychotherapeut*innen mit einer traumaspezifischen Zusatzqualifikation ein höheres Kompetenzerleben in der Arbeit mit Traumata bei Patient*innen sowie weniger Hemmungen, traumatische Ereignisse in der Psychotherapie zu adressieren, berichten (Lüders et al. 2023). Der Effekt von Training zeigt sich des Weiteren in einer anderen Studie, die festgestellt hat, dass Ängste und Hemmungen bei der Implementierung traumafokussierter, evidenzbasierter Verfahren durch ein Online-Training signifikant reduziert werden konnten (Sansen et al. 2019). Bei einer mangelhaften Ausbildung im Bereich von Traumatherapie wurden in der klinischen Praxis Traumata und PTBS-Symptome im Rahmen der Anamnesegespräch nur unzureichend erkannt (Coyle et al. 2019): Traumatherapeutisch ausgebildete psychiatrische Fachkräfte fragten Patient*innen häufiger im Rahmen der Routineversorgung nach Symptomen von PTBS als ihre Kolleg*innen ohne traumaspezifische Zusatzqualifikation (Coyle et al. 2019). Unter den Behandler*innen im Gesundheitssystem zeigte sich eine unzureichende traumaspezifische Ausbildung, assoziiert mit einer reduzierten Überzeugung von der Wirksamkeit der traumaspezifischen Intervention sowie einem selteneren Einsatz von evidenzbasierten traumaspezifischen Interventionen in der eigenen Praxis (Powell et al. 2020). Zugleich wird deutlich, dass Therapeut*innen mit entsprechendem traumaspezifischen Zusatztraining

in der Therapie häufiger evidenzbasierte Therapieverfahren einsetzen als jene ohne entsprechendes Training (Borah et al. 2017; Cook et al. 2020). Ein traumaspezifisches Training scheint grundsätzlich von Psychotherapeut*innen positiv angenommen und als wissenserweiternd eingeschätzt zu werden, wenn auch weiterführende begleitende traumaspezifische Supervision von den Teilnehmer*innen als sinnvoll erachtet wurde (Ghafoori et al. 2023). Das Vorliegen einer traumaspezifischen Zusatzqualifikation war ebenso in der Fallvignettenstudie von Gossman et al. (2021) signifikant mit einer höheren Behandlungsbereitschaft assoziiert. Die untersuchten Patient*innencharakteristika wie Geschlecht und Symptomcluster hatten keinen Einfluss auf die Behandlungsbereitschaft der Behandelnden. Neben der Traumaqualifikation als Therapeut*innencharakteristikum fand sich zusätzlich eine höhere Bereitschaft bei Therapeut*innen, die v.a. mit Kindern und Jugendlichen arbeiteten. Des Weiteren waren die Befürchtungen und Ängste sowie objektive Barrieren wie Antragsstellung signifikant mit der Behandlungsbereitschaft assoziiert (Gossman et al. 2021). Anders als eine Zusatzqualifikation schien die Berufserfahrung in bisherigen Studien keinen Einfluss auf die Behandlungsbereitschaft zu haben (Hannich et al. 2019; Gossman et al. 2021; Schnell et al. 2015). Wenn andere Akteure im Gesundheitswesen befragt wurden, ergaben sich ähnliche Effekte. Beispielsweise wurde für Pflegekräfte nachgewiesen, dass der Wissenszuwachs im Rahmen eines traumaspezifischen Trainings mit höherem emotionalem Engagement für eine traumasensible Behandlung zusammenhing (Sundborg 2019). Dieser Wissenszuwachs war indirekt mit Selbstwirksamkeit bezüglich des Umgangs mit Traumata korreliert. Zugleich war der Wissenszuwachs mit weniger negativen Annahmen hinsichtlich Traumatisierungen und deren Folgen, z. B. typisches Verhalten von Betroffenen oder Retraumatisierung, assoziiert. Training scheint folglich nicht nur mit der Selbstwirksamkeit bzw. dem Kompetenzerleben, sondern auch mit der Einstellung gegenüber traumatherapeutischer Behandlung zusammenzuhängen und sich direkt im Verhalten widerzuspiegeln.

Allerdings fehlt bisher eine flächendeckende, bundesweite Abbildung der Einstellung gegenüber traumafokussierter Psychotherapie unter Psychotherapeut*innen. Hierbei mangelt es v.a. am Einbezug von Psychotherapeut*innen in Ausbildung. Einstellung kann sowohl das Kompetenzerleben und die Befürchtungen als auch die Behandlungsbereitschaft und Durchführungswahrscheinlichkeit umfassen. An dieser Stelle setzt die vorliegende Studie an, indem sie APT und Psychotherapeut*innen in Ausbildung (PiA) in ganz Deutschland bezüglich ihrer durchführungsbezogenen Einstellung zu traumafokussierter Psychotherapie befragt und diese in einen Zusammenhang mit verschiedenen Psychotherapeut*innencharakteristika wie dem Vorliegen einer traumaspezifischen Zusatzqualifikation oder der Fachkunde setzt.

Methode

Rekrutierung und Stichprobe

Die Studie wurde als deutschlandweite, deutschsprachige, anonyme Online-Umfrage unter APT und PiA in Deutschland konzipiert und in der Zeit von Februar bis Oktober 2020 durchgeführt. Zur Erhebung der Daten wurde das Umfrageprogramm Qualtrics verwendet (Qualtrics, Provo, UT, USA, 2020). Die Ethikkommission der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt genehmigte das Studiendesign (Referenz: 002-19). Die Studie wurde ausgeschrieben als Umfrage zur Erfassung wahrgenommener Ressourcen und Herausforderungen in der Psychotherapie und speziell Traumatherapie aus Sicht der Behandelnden und umfasste verschiedene Fragebogen zu den Themen therapeutische Involviertheit während einer Sitzung, Behandlungsbereitschaft gegenüber randomisierten Fallvignetten, häufige wahrgenommen Schwierigkeiten in der Praxis mit PTBS-Patient*innen, Einstellung gegenüber Traumatherapie sowie Einstellung gegenüber der Implementierung evidenzbasierter Verfahren. Für die vorliegende Studie wurden die Maße zur Einstellung gegenüber Traumatherapie verwendet. Die gesamte Umfrage dauerte ca. 15–20 min. Zur möglichst

repräsentativen und flächendeckenden Rekrutierung der Teilnehmer*innen wurde die Studie über verschiedene regionale und nationale Verbände (z.B. Deutsche Psychotherapeutenvereinigung, DPTV), Psychotherapeutenkammern (z.B. PTK Bayern), kassenärztliche Vereinigungen (z.B. KV Niedersachsen) und Ausbildungsinstitute (z.B. Institut für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin und Sexuologie [IVS] Fürth) verbreitet. Auf Basis dieser Rekrutierungsstrategien hatten alle APT in Deutschland die Möglichkeit, an der Studie teilzunehmen. Für die Ausbildungsinstitute wurde zunächst eine umfassende Übersicht aller existierender Ausbildungsinstitute aller Fachrichtungen erstellt und dann pro Fachrichtung für jedes Bundesland jeweils ein Institut randomisiert ausgewählt; diese Institute wurden zur Teilnahme eingeladen. Wenn eine Verbreitung über das ausgewählte Institut nicht möglich war, wurde das nächste Ausbildungsinstitut derselben Fachrichtung aus demselben Bundesland randomisiert ausgewählt und kontaktiert. Alle teilnehmenden Organisationen veröffentlichten die Umfrage in ihrem Newsletter, auf der Homepage, im monatlichen Print-Journal oder per Aushang in den Ambulanzen. Einige Organisationen für APT verwiesen auf ihre öffentlich verfügbaren E-Mail-Suchverzeichnisse, die infolgedessen nach öffentlich verfügbaren Kontaktdaten durchsucht wurden; hierüber wurden potenzielle Interessenten kontaktiert. Auf diesem Rekrutierungsweg nahmen schließlich 1571 APT und PiA aus ganz Deutschland an der Umfrage teil. Nach Bereinigung aller unvollständigen Datensätze konnten 1326 Teilnehmende in die Datenauswertung eingeschlossen werden, von denen 747 (56,3%) bereits als psychologische Psychotherapeut*innen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen approbiert und 505 (38,1%) noch in Ausbildung waren. Alle weiteren Teilnehmenden waren entweder ärztliche Psychotherapeut*innen oder Psycholog*innen nicht in Ausbildung, aber dennoch therapeutisch tätig. Die Teilnahme war freiwillig, jedoch erhielten die Teilnehmenden eine Aufwandsentschädigung in Form eines 10-€-Gutscheins für eines von 3 möglichen Geschäften oder

konnten diese 10€ einer vorgegebenen Hilfsorganisation spenden.

Maße

Im Rahmen der Umfrage wurden zunächst die soziodemografischen und berufsspezifischen Daten der Teilnehmenden erhoben. Hierzu zählten Geschlecht (weiblich vs. männlich vs. divers), Alter, Ausbildungsgrad (approbiert [APT] vs. in Ausbildung [PiA]), Fachkunde (Verhaltenstherapie [KVT] vs. tiefenpsychologische/psychoanalytische Psychotherapie [PDT]), Patient*innenalter (> 18 Jahre vs. < 18 Jahre), Zahl der wöchentlichen Therapiesitzungen sowie traumaspezifische Zusatzqualifikation. Bezüglich der Fachkunde wurden tiefenpsychologische und psychoanalytische Therapie zu psychodynamischer Psychotherapie (PDT) zusammengefasst, da beinahe ausschließlich eine Doppelapprobation für beide Fachkunden berichtet wurde. Basierend auf dem Zeitraum der Datenerhebung gab es noch keine reinen approbierten systemischen Psychotherapeut*innen, die an der Studie teilgenommen haben, lediglich einige mit zusätzlicher systemischer Therapieausbildung ohne Approbation.

Da es bisher noch keine validierte Skala zur Erfassung der Einstellung gegenüber Traumatherapie gibt, wurde die Einstellung gegenüber der Durchführung von Traumatherapie im Rahmen der vorliegenden Studie auf Basis von 4 Items abgebildet; diese konnten über visuelle Analogskalen (VAS) von 0 (gering) bis 100 (hoch) eingeschätzt werden. Die Konzeption der Items orientierte sich an der Erfassung der Einstellung zu traumafokussierter Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen (TF-KVT) im disseminationsorientierten Verbundprojekt BESTFORCAN (Rosner et al. 2020). Die 4 Items erfassten die Bereitschaft zur Durchführung von Traumatherapie („Wie hoch ist jetzt Ihre Bereitschaft, eine traumaspezifische Psychotherapie durchzuführen?“), die wahrgenommene eigene Kompetenz in der Durchführung („Wie kompetent fühlen Sie sich jetzt in Bezug auf die Durchführung einer traumaspezifischen Psychotherapie?“), das Ausmaß an Bedenken und Befürchtungen („Haben Sie jetzt Befürchtungen, eine traumaspe-

zifische Psychotherapie durchzuführen?“) sowie die Wahrscheinlichkeit zur baldigen Durchführung („Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in nächster Zeit eine traumaspezifische Psychotherapie durchführen werden?“). Nach dem Invertieren des Items zu Bedenken und Befürchtungen wurden die 4 Items zur Skala *Einstellung gegenüber der Durchführung von traumafokussierter Therapie* (EDT) zusammengefasst. Die interne Konsistenz der Skala ist, basierend auf einem Cronbachs α von 0,85, als hoch einzuschätzen.

Statistische Analysen

Die Daten wurden mithilfe des Statistikauswertungsprogramms SPSS statistics, Version 28, ausgewertet. Zunächst wurden die 4 erfragten Items bezüglich ihrer psychometrischen Charakteristika untersucht und, basierend auf ihrer internen Konsistenz, zu einer gemeinsamen Skala zusammengefasst. Um den Zusammenhang zwischen der Gesamtskala und möglichen relevanten Therapeut*innencharakteristika zu untersuchen, wurde eine multiple Regressionsanalyse für die Gesamtskala berechnet. Alle kategorialen Prädiktoren wurden vor der Integration in die Regressionsanalyse Dummy-kodiert. Für die Regressionsanalyse wurden kleine Stichprobensubgruppen (diverses Geschlecht, sonstige Therapierichtungen, medizinische Psychotherapeut*innen und Psycholog*innen) unter 3% an der Gesamtstichprobe ausgeschlossen, um konstantere signifikante Effekte zu erzielen und die Aussagekraft der Ergebnisse zu erhöhen. Anschließend fanden einzelne Post-hoc-Analysen zu den Unterschieden zwischen PiA und APT statt.

Ergebnisse

Deskriptive Statistik

Demografische Stichprobencharakteristika

Die untersuchte Stichprobe umfasste 1326 Personen, von denen ein Großteil weiblich war ($n = 1006$; 75,9%). Im Schnitt waren die Teilnehmer*innen 42,0 Jahre alt ($SD \pm 12,6$ Jahre) und führten 16,7 Therapiesitzungen/Woche durch ($SD \pm 9,4$ Therapiesitzungen). Es waren bereits

Tab. 1 Demografische Charakteristika der Stichprobe (n = 1326)						
Variable	Anzahl (n) der Antwortenden	M	SD	Mdn	Min	Max
Alter (Jahre)	1323	42,0	± 12,6	39	23	80
Jahre seit Approbation	782	11,6	± 8,4	10	0	50
Jahre in Ausbildung	470	3,4	± 2,6	3	0	20
Zahl der Therapien pro Woche	1318	16,7	± 9,4	16	0	50
Variable	Anzahl (n)	Anteil (%)				
<i>Ausbildungsgrad</i>						
APT	747	56,3				
PiA	505	38,1				
Psycholog*innen nicht in Ausbildung	35	2,6				
Ärztliche Psychotherapeut*innen	38	2,9				
<i>Häufigste Therapierichtungen</i>						
KVT	866	65,3				
PDT	379	28,6				
<i>Geschlecht</i>						
Weiblich	1006	75,9				
Männlich	315	23,8				
Divers	5	0,3				
<i>Überwiegendes Patient*innenalter</i>						
Unter 18 Jahren (< 18)	334	25,2				
Über 18 Jahren (≥ 18)	992	74,8				
<i>Deutsche Bundesländer</i>						
BW	106	8,0				
BY	295	22,2				
BE	91	6,9				
BB	17	1,3				
HB	70	5,3				
HH	31	2,3				
HE	67	5,1				
MV	13	1,0				
NI	212	16,0				
NW	218	16,4				
RP	62	4,7				
SL	11	0,8				
SN	5	0,4				
SH	23	1,7				
ST	89	6,7				
TH	15	1,1				
Traumaspzifische Zusatzqualifikation (inkl. EMDR)	367	27,7				
<i>M</i> Mittelwert, <i>SD</i> Standardabweichung, <i>Mdn</i> Median, <i>Min</i> Minimum, <i>Max</i> Maximum, <i>APT</i> approbierte*r Psychotherapeut*in, <i>PiA</i> Psychotherapeut*in in Ausbildung, <i>KVT</i> kognitive Verhaltenstherapie, <i>PDT</i> psychodynamische Psychotherapie (umfasst Psychoanalyse und Tiefenpsychologie); <i>BW</i> Baden-Württemberg, <i>BY</i> Bayern, <i>BE</i> Berlin, <i>BB</i> Brandenburg, <i>HB</i> Hansestadt Bremen, <i>HH</i> Hansestadt Hamburg, <i>HE</i> Hessen, <i>MV</i> Mecklenburg-Vorpommern, <i>NI</i> Niedersachsen, <i>NW</i> Nordrheinwestfalen, <i>RP</i> Rheinland-Pfalz, <i>SL</i> Saarland, <i>SN</i> Sachsen, <i>SH</i> Schleswig-Holstein, <i>ST</i> Sachsen-Anhalt, <i>TH</i> Thüringen						

56,3% der Teilnehmer*innen (n = 747) approbiert, und 74,8% arbeiteten vorwiegend mit erwachsenen Patient*innen zusammen (n = 992). Bezüglich der Fachkunde, in der die Psychotherapeut*innen approbiert waren bzw. sich gerade in Ausbildung befanden, zeigte sich, dass 65,3% der Befragten (n = 866) verhaltenstherapeutisch und 28,6% (n = 379) psychodynamisch – also tiefenpsychologisch und/oder psychoanalytisch tätig waren. Mindestens eine Zusatzqualifikation im Bereich Traumatherapie besaßen 367 Teilnehmer*innen (n = 367; 27,7%). Unabhängig vom Vorliegen einer Zusatzqualifikation gaben die Teilnehmenden teils mit Mehrfachnennungen an, dass sie folgende traumaspezifischen Behandlungsrationalen bereits im Rahmen von Weiterbildungen, Online-Trainings oder autodidaktisch erlernt hatten: Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR; n = 383; 28,9%), TF-KVT (n = 359; 27,1%), Narrative Expositionstherapie (n = 265; 20,0%), Imagery Rescripting (n = 233; 15,0%), psychodynamisch imaginative Traumatherapie (n = 199; 27,7%). Detaillierte Angaben zur Soziodemografie der Stichprobe finden sich in **Tab. 1**.

Deskriptive Statistik der durchführungsbezogenen Einstellung

Auf Einzelitemebene zeigten sich eine mittlere Durchführungsbereitschaft bezüglich einer Traumatherapie von $63,1 \pm 28,6$ auf einer Skala von 0–100 sowie ein mittleres Kompetenzerleben von $54,1 \pm 27,1$. Das Ausmaß der Befürchtungen bezüglich der Durchführung von Traumatherapie betrug $36,4 \pm 28,7$, während die Wahrscheinlichkeit zur Durchführung einer traumafokussierten Psychotherapie in nächster Zeit bei $58,5 \pm 32,5$ betrug. Über alle 4 Items hinweg findet sich eine hohe Heterogenität der Angaben (**Abb. 1**). Die Kumulierung der Einzelitems zur Gesamtskala *Einstellung gegenüber der Durchführung von traumafokussierter Therapie* (EDT) ergibt eine mittlere Ausprägung von $60,0 \pm 24,6$ mit einer ebenfalls hohen Varianz der Werte.

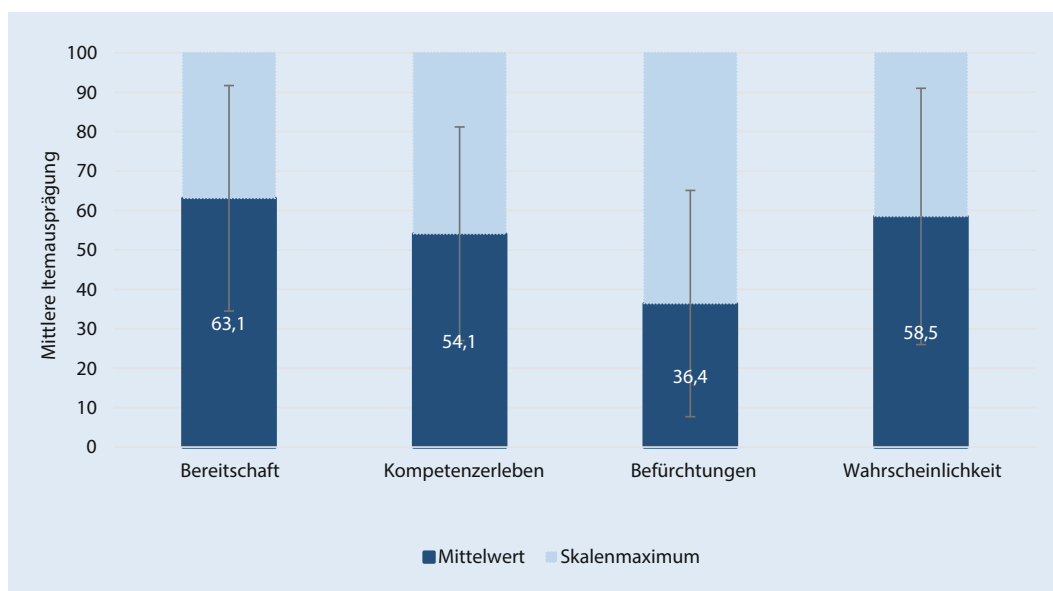


Abb. 1 ◀ Deskriptive Ausprägung der Einzelitems der Skala Einstellung gegenüber der Durchführung von traumafokussierter Therapie (EDT)

Zusammenhang zwischen Therapeut*innencharakteristika und der durchführungsbezogenen Einstellung gegenüber Traumatherapie

Das Gesamtmodell der multiplen Regression mit der Skala für EDT als abhängige Variable konnte 27% der Varianz erklären ($R^2_{Adjusted}=0,28$) und erzielte eine hohe Effektstärke von Cohens $f^2=0,62$ ($F(10,1302)=50,97$, $p<0,001$). In den Analysen wurden 4 der untersuchten Psychotherapeut*innencharakteristika als signifikante Prädiktoren festgestellt. Höhere und somit günstigere Werte auf der EDT-Gesamtskala waren mit dem Vorliegen einer traumaspezifischen Zusatzqualifikation ($\beta=20,16$, $p<0,001$) sowie der Zahl an psychotherapeutischen Sitzungen pro Woche ($\beta=0,37$, $p<0,001$) assoziiert. Die APT berichteten ebenfalls eine signifikant günstigere Einstellung gegenüber Traumatherapie ($\beta=6,76$, $p=0,012$), während psychodynamisch-orientierte Behandler*innen eine ungünstigere Einstellung aufwiesen ($\beta=-7,37$, $p=0,005$). Alter und Geschlecht der Teilnehmer*innen ebenso wie das primäre Patient*innenalter erwiesen sich nicht signifikant (■ Tab. 2).

Um den Einfluss des Ausbildungsstatus weiter zu explorieren, wurden Post-hoc-Analysen für die Unterschiede zwischen PiA und APT durchgeführt. Auf Einzelitemebene zeigten sich die Unterschiede zwischen PiA und APT für alle 4 Items bestätigt.

Die APT berichteten ein höheres Kompetenzerleben ($t(1242)=18,21$; $p<0,001$), eine höhere Bereitschaft ($t(1246)=6,59$; $p<0,001$) und durchführungsbezogene Wahrscheinlichkeit ($t(1224)=10,23$; $p<0,001$) sowie weniger Befürchtungen als PiA ($t(1162)=9,92$; $p<0,001$). Zusätzlich wurde im Rahmen der Post-hoc-Analysen zur Untersuchung der Subgruppen die Regressionsanalyse nochmals ausschließlich mit APT durchgeführt, um Unterschiede in der Zusammensetzung der Prädiktoren abzubilden. Das neue Modell für die Gesamtskala EDT nur unter Einbezug der APT ergab ähnliche Ergebnisse wie das Modell für beide Ausbildungsstatussubgruppen gemeinsam ($F(8,735)=29,37$, $p<0,001$; $R^2_{Adjusted}=0,23$; Cohens $f^2=0,31$). In diesem Modell für APT erwiesen sich auch dieselben Prädiktoren als signifikant: APT mit einer traumaspezifischen Zusatzqualifikation ($\beta=22,15$, $p<0,001$) sowie einer höheren Zahl psychotherapeutischer Sitzungen pro Woche ($\beta=0,22$, $p=0,025$) zeigten eine günstigere Einstellung, während psychodynamisch-orientierte APT eine ungünstigere Einstellung berichteten ($\beta=-7,74$, $p=0,010$).

Bei der Kontrolle von Unterschieden in der Demografie der Therapeut*innen mit und ohne traumaspezifischer Zusatzqualifikation stellte sich heraus, dass Personen mit traumaspezifischer Zusatzqualifikation älter ($t(1321)=-15,34$; $p<0,001$) waren. Da im Rahmen der Studie zwi-

schen PiA und APT unterschieden wurde, wurde durch demografische Zusatzanalysen festgestellt, dass die APT häufiger eine traumaspezifische Zusatzqualifikation hatten als PiA ($\chi^2(1, n=1252)=160,57$; $p<0,001$). Darüber hinaus führten Teilnehmer*innen mit entsprechender Zusatzqualifikation mehr Therapiesitzungen pro Woche durch ($t(1316)=-11,86$; $p<0,001$) und verfügten häufiger über psychodynamische Fachkunde ($\chi^2(1, n=1245)=8,98$; $p=0,003$).

Diskussion

Implikationen

Trotz guter Evidenzen für traumafokussierte Behandlungsrationale findet sich eine mangelhafte Umsetzung in der psychotherapeutischen Praxis. Ein Grund kann die Einstellung von Psychotherapeut*innen gegenüber der Durchführung von Traumatherapie sein. Die vorliegende Studie wollte eben diese durchführungsbezogene Einstellung auf Basis von Behandlungsbereitschaft, Kompetenzerleben, Befürchtungen und Behandlungswahrscheinlichkeit in einer großen deutschlandweiten Stichprobe mit verschiedenen Fachkunden (VT vs. PDT; Erwachsene vs. Kinder/Jugendliche) erfassen. Hierbei sollten neben approbierten Psychotherapeut*innen auch Psychotherapeut*innen in Ausbildung befragt werden (APT vs. PiA). Die insgesamt 1326 Teilnehmenden

Tab. 2 Regressionsmodell für die Skala Einstellung gegenüber der Durchführung von traumafokussierter Therapie (EDT)^a

	Estimate (SE)	p	Standardized β	t (df)
Einstellung gegenüber der Durchführung von traumafokussierter Therapie (EDT)				
Intercept	54,12 (11,34)	< 0,001	–	–
Geschlecht (männlich)	–8,52 (10,56)	0,420	–0,15	–0,81 (1312)
Alter	0,06 (0,06)	0,384	0,03	0,88 (1312)
Zahl der Therapien/Woche	0,37 (0,08)	< 0,001	0,14	4,64 (1312)
Ausbildungsgrad (approbiert, APT)	6,76 (2,68)	0,012	0,14	2,52 (1312)
Therapierichtung (psychodynamisch, PDT)	–7,37 (2,65)	0,005	–0,14	–2,79 (1312)
Traumaspesifische Zusatzqualifikation	20,16 (1,43)	< 0,001	0,37	14,08 (1312)
Überwiegendes Patient*innenalter (≥ 18 Jahre)	–0,44 (1,34)	0,740	–0,01	–0,33 (1312)
Gesamtmodell: EDT – F(10,1302) = 50,97, p < 0,001, korrigiertes R ² = 0,28, Cohens f = 0,62				
Der F-Wert gibt Auskunft über die Prüfgröße des verwendeten Testverfahrens, p ist das Signifikanzniveau, R ² die Modellgüte und Cohen's f die Effektstärke. Diese wird auch im Fließtext beschrieben und dient hier der besseren Interpretation der Tabelle vor dem Gesamtmodell				
^a Alle Prädiktoren wurden über „simultanen Einschluss“ in das Modell einbezogen				

berichtet von einer generell günstigen Einstellung gegenüber der Durchführung von Traumatherapie. Jedoch fand sich eine hohe Heterogenität in den Angaben. Unter den in der Analyse berücksichtigten Therapeut*innencharakteristika zeigte sich, dass APT eine günstigere Einstellung aufwies als PiA. Ebenso berichteten jene Teilnehmende mit einer traumatherapeutischen Zusatzqualifikation eine günstigere Einstellung, während psychodynamisch orientierte Therapeut*innen eine eher ungünstige Einstellung angaben. Des Weiteren war die Zahl der Therapiesitzungen pro Woche positiv mit der durchführungsbezogenen Einstellung gegenüber Traumatherapie assoziiert.

Gemäß den vorliegenden Ergebnissen liegt die Einstellung gegenüber der Durchführung von Traumatherapie unter Psychotherapeut*innen in Deutschland insgesamt in der oberen Hälfte der Skalenausprägung, was prinzipiell zu fördern ist. Allerdings findet sich auch eine hohe Heterogenität in den Angaben, die höher ausfällt als die Antwortverteilungen in bisherigen Studien mit kleineren Stichproben (Schnell et al. 2015). Es fehlen Studien mit ausreichender Stichprobengröße, um die Heterogenität der Einstellung bezüglich Traumatherapie replizieren zu können. In weiterführenden Studien sollte mit großen Stichproben und auf internationa-

ler Ebene die Heterogenität der traumatherapeutischen Einstellung von Behandler*innen repliziert und mögliche Ursachen für die Heterogenität wie beispielsweise die Zahl bisher behandelter PTBS-Fälle sollten weiter untersucht werden. Auf praktischer Ebene sollte durch die Dissemination von traumaspesifischen Behandlungsverfahren sowie die stärkere Fokussierung auf Traumatherapie im Rahmen der Psychotherapieausbildung das Kompetenzerleben in diesem Bereich stärker gefördert bzw. weiter hochgehalten und zugleich Befürchtungen sollten abgebaut werden, was sich auf die Gesamteinstellung günstig auswirken könnte. Durch entsprechende Schwerpunkte kann das Wissen über Traumata und Traumafolgestörungen erhöht werden, was laut früheren Studien direkten Einfluss beispielsweise auf das Kompetenzerleben haben kann (Lüders et al. 2023; Sansen et al. 2019; Schnell et al. 2015). Damit würde den Angaben von Psychotherapeut*innen aus der Studie von Schnell et al. (2015), dass die Qualität der Psychotherapieausbildung im Bereich Traumatherapie unzureichend ist, Rechnung getragen werden.

Es zeigte sich im Rahmen der Studie ein positiver Einfluss von Approbation, Traumatherapieweiterbildung und Therapiezahl pro Woche. All diese drei Faktoren könnten ein Hinweis darauf sein, dass prak-

tische Erfahrung und Wissen womöglich eine Rolle spielen, v. a., da der Effekt von Traumatherapieweiterbildung und Therapiezahl pro Woche auch in der alleinigen Analyse der APT repliziert werden konnte. Bei den Kontrollanalysen wird darüber hinaus deutlich, dass Psychotherapeut*innen mit traumaspesifischer Weiterbildung häufig mehr Therapiesitzungen pro Woche durchführten. Daher könnte neben Erfahrung ebenso die Routine in der Arbeit von Bedeutung sein. Dies würde dazu passen, dass APT, die deutlich mehr Routine in der Praxis haben als PiA, eine günstigere Einstellung berichteten. Um diese Befunde weiter zu stärken, sind Längsschnittstudien notwendig, die z. B. die Entwicklung von Kompetenzerleben und Befürchtungen über die Ausbildung hinweg beobachten. Dies würde darüber hinaus kausale Schlussfolgerungen erlauben, die anhand der vorliegenden korrelativen Ergebnisse nicht möglich sind. Es wäre bei den vorliegenden Ergebnissen ebenso möglich, dass Personen mit einer generell günstigen Einstellung und einem hohen Kompetenzerleben deshalb mehr Therapien pro Woche durchführen. Dann müsste davon ausgegangen werden, dass die Einstellung durch Erfahrung, Routine und Wissen nicht förderbar ist. Außer den bereits erwähnten Längsschnittstudien wären Trainingsstudien mit Prä-post-Messungen und Kontrollgruppendesign geeignet, um den Effekt von Training auf Kompetenzerleben, Einstellung etc. kausal nachzuweisen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass sich der Unterschied zwischen PiA und APT ebenso auf der Einzelitemebene zeigt. Während ein Unterschied in der wahrgenommenen Kompetenz durch die Erfahrung im Rahmen von Theorie und Praxis nachvollziehen lässt, impliziert die geringere Bereitschaft und durchführungsbezogene Wahrscheinlichkeit bei PiA die Notwendigkeit, bereits in der Psychotherapieausbildung mehr zur Behandlung von traumatisierten Patient*innen zu motivieren und die Wahrscheinlichkeit für erste traumafokussierte Therapieerfahrungen in der Ausbildung durch Patient*innenzuweisungen zu erhöhen.

Die Ergebnisse zeigten des Weiteren eine ungünstigere Einstellung bei psychodynamisch-orientierten Psychotherapeut*innen, obwohl diese häufiger

eine traumaspezifische Zusatzqualifikation berichteten. Dieser Effekt fand sich sowohl für PiA und APT gemeinsam als auch nur für APT einzeln und erscheint zunächst in Anbetracht der sonstigen positiven Effekte von Training erstaunlich. Um diesen Effekt weiter zu untersuchen, müssten die psychodynamisch-orientierten Weiterbildungsangebote im Bereich Trauma näher betrachtet werden, um den Wissenszuwachs und die Veränderung der Einstellung durch entsprechende Weiterbildungsmaßnahmen abzubilden. An dieser Stelle könnten wieder Prä-post-Trainingsstudien eingesetzt werden. Als Kontrollgruppen könnten sowohl verhaltenstherapeutische Weiterbildungsangebote als auch andere psychodynamische Trainingsmaßnahmen für andere Störungsbilder herangezogen werden. Andere Erklärungen wären das Selbstverständnis und die Komplexitätsansprüche der Therapierichtung im Bereich Trauma: Nach welchen Prinzipien wird behandelt? Was umfasst die Traumatherapie, und was fordert sie von Therapeut*innen? Wie wird mit welchen Herausforderungen umgegangen? An dieser Stelle könnten qualitative Interviews mit Expertinnen erfolgen, um das Selbstverständnis der Therapierichtung und die Ansprüche an Psychotherapeut*innen darzustellen.

In Anbetracht der Ergebnisse und der Behandlungsleitlinien der PTBS (Schäfer et al. 2019) muss diskutiert werden, warum trotz der existierenden Weiterbildungsmöglichkeiten und der Berücksichtigung der Inhalte im Rahmen der Ausbildung die Einstellung unter Psychotherapeut*innen in Deutschland gegenüber traumatisierten Patient*innen so heterogen ist, und welche Konsequenzen eine beispielsweise eher ungünstige Einstellung auf die Versorgung traumatisierter Patient*innen haben kann. Neben den bereits vorgeschlagenen weiterführenden Studien, die weitere Prädiktoren der Heterogenität identifizieren sollten, muss die Haltung gegenüber traumatisierten Patient*innen durch Studien zu Vorurteilen und Befürchtungen differenzierter betrachtet werden. An dieser Stelle könnte korrigierend Aufklärungsarbeit zu Befürchtungen und Fehlannahmen geleistet werden, um einer Unterversorgung mit leitlinien-treuer Psychotherapie entgegenzuwirken.

Hierfür braucht es Disseminationsprojekte manualisierter Therapieangebote, die sich nicht nur an interessierte und motivierte Psychotherapeut*innen richten, sondern im Besonderen auch an jene, die traumafokussierter Therapie aufgrund von mangelndem Kompetenzerleben, Vorurteilen oder Unsicherheit skeptisch gegenüberstehen.

Limitationen

Auf Basis der Rekrutierungsstrategie wurde gewährleistet, dass alle APT in Deutschland sowie alle PiA der jeweiligen Ausbildungsinstitute die Möglichkeit hatten, die Studieneinladung zu sehen. Allerdings können Selektionseffekte aufgrund von Selbstselektion nicht ausgeschlossen werden, da es sich um eine freiwillige Umfrage handelte und es möglich ist, dass jene Psychotherapeut*innen mit einer generell positiven Einstellung gegenüber Traumatherapie vermehrt an der Umfrage teilgenommen haben. Zusätzlich handelte es sich bei den erfragten Items um retrospektive, generelle Angaben, die eine Übertragbarkeit auf die Praxis nicht zwangsläufig inkludieren. Für eine höhere praktische Übertragbarkeit der Ergebnisse müsste die Einstellung kontextspezifisch, beispielsweise durch Beispielpatient*innen in schauspielerisch dargestellten Fallvignetten, erfasst werden. Diese Methode würde nicht nur die interne Validität erhöhen, sondern könnte bei entsprechender experimenteller Manipulation kausale Schlussfolgerungen ermöglichen oder durch z.B. Anrufe bei ambulanten Psychotherapeut*innen von Schauspielpatient*innen die soziale Erwünschtheit reduzieren (Erfanian et al. 2020; Sowden et al. 2017; Steiner et al. 2017).

Fazit für die Praxis

- Die vorliegende Studie leistet durch ihre Stichprobengröße einen wichtigen Beitrag für die Exploration möglicher Gründe und behandler*innenbezogener Prozesse in der Durchführung von Traumatherapie.
- Die Ergebnisse der Studie können Implikationen für die Praxis und v.a. für die Dissemination von traumatherapeutischen Weiterbildungen nach oder während der Ausbildung bieten.

- Trotz der insgesamt günstigen Einstellung unter Psychotherapeut*innen in Deutschland gegenüber der Durchführung von Traumatherapie, findet sich eine hohe Heterogenität in den Ergebnissen. Hier eröffnet sich ein relevanter Ansatzpunkt für weitere Forschung, die die Heterogenität replizieren und ihre möglichen Ursachen präzisieren kann.

Korrespondenzadresse

Dr. Katharina Gossmann

Lehrstuhl für Klinische und Biologische Psychologie, Katholische Universität Eichstätt Ingolstadt
Ostenstr. 25, 85072 Eichstätt, Deutschland
katharina.gossmann@ku.de

Danksagung. Die Autorinnen möchten allen Teilnehmer*innen an der Studie, allen kooperierenden Verbänden sowie allen studentischen Hilfskräften danken, die bei der Durchführung der Studie unterstützt haben.

Funding. Die Studie wurde unterstützt über das universitätsinterne Forschungsförderungsprogramm der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt (proFOR+) und das Deutsche Bundesministerium für Bildung und Forschung (Projektname: BESTFORCAN – Bringing empirically supported treatments to children and adolescents after child abuse and neglect /Fördernummer: 01KR1804C).

Author Contribution. K Gossmann hat die Studie entworfen, Teilnehmende rekrutiert, Daten generiert und statistisch ausgewertet sowie das Manuskript verfasst. A Barke und R Rosner haben die Studienkonzeption begleitet und das Manuskript überarbeitet. Alle Autor*innen haben das Manuskript gelesen und für Publikationszwecke befürwortet.

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. K. Gossmann, R. Rosner und A. Barke geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Die Ethikkommission der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt genehmigte die Studiendurchführung im November 2019 (Referenz des Ethikvotums: 002-19). Alle Teilnehmer*innen gaben ihr schriftliches Einverständnis zur Teilnahme an der Studie.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- Becker CB, Zayfert C, Anderson E (2004) A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behav Res Ther* 42(3):277–292. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00138-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00138-4)
- Borah EV, Holder N, Chen K (2017) Providers' use of evidence-based treatments for posttraumatic stress disorder: The influence of training, attitudes, and barriers in military and private treatment settings. *Best Pract Ment Health* 13(1):34–46
- Boterhoven de Haan KL, Lee CW, Correia H, Menninga S, Fassbinder E, Köhne S, Arntz A (2021) Patient and therapist perspectives on treatment for adults with PTSD from childhood trauma. *J Clin Med* 10(5):954. <https://doi.org/10.3390/jcm10050954>
- Cook JM, Thompson R, Simiola V, Wiltsey Stirman S, Schnurr PP (2020) Provider general attitudes versus specific perceptions of evidence-based psychotherapies for PTSD. *Psychol Serv* 17(1):46–53. <https://doi.org/10.1037/ser0000280>
- Coyne L, Hanna D, Dyer KFW, Read J, Curran D, Shannon C (2019) Does trauma-related training have a relationship with, or impact on, mental health professionals' frequency of asking about, or detection of, trauma history? A systematic literature review. *Psychol Trauma* 11(7):802–809. <https://doi.org/10.1037/tra0000434>
- Erfanian F, Latifnejad Roudsari R, Heydari A, Noghani Dokht Bahmani M (2020) A narrative on using vignettes: Its advantages and drawbacks. *J Midwifery Reprod Health* 8(2):2134. <https://doi.org/10.22038/jmrh.2020.41650.1472>
- Ghafoori B, Salgado C, Ramos N, Murillo K, Quintana S (2023) Utilizing a webinar to introduce an evidence-based trauma treatment in Chile: Results from a pilot study investigating clinician attitudes and needs. *Int J Ment Health*. <https://doi.org/10.1080/00207411.2023.2177478>
- Gossmann K, Eilers R, Rosner R, Barke A (2021) How do licensed psychotherapists in Germany feel about treating patients with posttraumatic stress symptoms? – An experimental study based on case vignettes. *Eur J Psychotraumatol* 12(1):1995265. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1995265>
- Hannich H-J, Barz R, Peikert G (2019) Gründe für das Nichtzustandekommen von Psychotherapien. *Psychotherapeut* 64(2):153–158. <https://doi.org/10.1007/s00278-019-0337-1>
- Lüders J, Sander C, Leonhard A, Schäfer I, Speerforck S, Schomerus G (2023) Umgang ambulanter Psychotherapeut*innen mit traumatischen Erfahrungen von Patient*innen unter Berücksichtigung einer traumatherapeutischen

What do psychotherapists in German think about the implementation of trauma therapy? Nationwide survey on the implementation-related attitude towards trauma-focused therapy

Background and objective: There is a lack of implementation of trauma-focused treatment rationales in psychotherapeutic practice. One reason could be the attitude of practitioners towards the implementation of trauma therapy, which is assessed in the context of this study. In addition, various characteristics of therapist are considered as possible influencing factors.

Method: In the study data of 1326 licensed psychotherapists and psychotherapists in training were analyzed. The nationwide online survey included different disciplines and focuses of treatment (children and adolescents vs. adults). The attitude towards trauma-focused psychotherapy was assessed using four visual analog scales (treatment readiness, perceived competence, fears/doubts, probability of an early implementation).

Results: There was an overall favorable implementation-related attitude toward trauma therapy. Significant correlates were the number of therapies per week, the training status, the psychotherapeutic approach and additional trauma-focused qualifications.

Conclusion: The results indicate that despite the overall favorable attitude towards trauma therapy among psychotherapists, there are significant correlates with different characteristics of therapist. In particular, the highly significant association with additional trauma-focused qualifications implies the need for further studies to examine causal relationships between training and implementation-related attitudes. This finding also highlights the relevance of dissemination projects for trauma-focused therapy.

Keywords

Professional competence experience · Attitude of health personnel · Surveys and questionnaires · Dissemination of therapy methods · Apprehension in trauma therapy

- Zusatzqualifikation [How Outpatient Psychotherapists Deal with Patients' Traumatic Experiences in Consideration of an Additional Qualification in Trauma Therapy]. *Psychiatr Prax* 50(2):80–88. <https://doi.org/10.1055/a-1773-7662>
- Powell BJ, Patel SV, Haley AD, Haines ER, Knocke KE, Chandler S, Katz CC, Seifert HP, Ake G, Amaya-Jackson L, Aarons GA (2020) Determinants of implementing evidence-based trauma-focused interventions for children and youth: a systematic review. *Adm Policy Ment Health* 47(5):705–719. <https://doi.org/10.1007/s10488-019-01003-3>
- Rosner R, Barke A, Albrecht B, Christiansen H, Ebert DD, Lechner-Meichsner F, Muche R, Zarski A-C, Steil R (2020) Best FOR CAN – bringing empirically supported treatments to children and adolescents after child abuse and neglect: Study protocol. *Eur J Psychotraumatol* 11(1):1837531. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1837531>
- Sansen LM, Saupe LB, Steidl A, Fegert JM, Hoffmann U, Neuner F (2019) Daring to process the trauma: Using a web-based training to reduce psychotherapists' fears and reservations around implementing trauma-focused therapy. *Eur J Psychotraumatol* 10(1):1696590. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1696590>
- Schäfer I, Gast U, Hofmann A, Knaevelsrud C, Lampe A, Liebermann P, Lotzin A, Maercker A, Rosner R, Wöller W (2019) S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Springer, Berlin Leipzig
- Schnell T, von Kätte S, Gast U (2015) Bereitschaft niedergelassener Therapeuten zur Behandlung von Patienten mit komplexen posttraumatischen und dissoziativen Störungen [Willingness of Psychotherapists in Private Practice to Treat Patients With Complex Post-Traumatic Stress and Dissociative Disorders. *Fortschr Neurol Psychiatr* 83(9):516–521. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1553729>
- Sowden GL, Vestal HS, Stoklosa JB, Valcourt SC, Peabody JW, Keary CJ, Nejad SH, Caminis A, Huffman JC (2017) Clinical case vignettes: a promising tool to assess competence in the management of agitation. *Acad Psychiatry* 41(3):364–368. <https://doi.org/10.1007/s40596-016-0604-1>
- Steiner P, Atzmüller C, Su D (2017) Designing valid and reliable vignette experiments for survey research: a case study on the fair gender income gap. *JMMSS* 7(2):52–94. <https://doi.org/10.2458/v7i2.20321>
- Sundborg SA (2019) Knowledge, principal support, self-efficacy, and beliefs predict commitment to trauma-informed care. *Psychol Trauma* 11(2):224–231. <https://doi.org/10.1037/tra0000411>
- Szota K, Schulte KL, Christiansen H (2021) Kompetenzerleben von Psychotherapeut_innen im Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit Gewalterfahrungen und Traumafolgestörungen. *Kindh Entwickl* 30(3):192–201. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000347>
- Vogel A, Steil R, Comtesse H, Eilers R, Renneberg B, Rosner R (2021) Routineversorgung für Jugendliche mit Posttraumatischer Belastungsstörung nach Missbrauchserfahrungen in Deutschland. *Kindh Entwickl* 30(3):183–191. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000346>