



Masterarbeit

Das Selbstfürsorgeverhalten von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Erste Erhebung mit der deutschen Version
des Five Factor Wellness Inventory (5F-WEL)

Lucina Fioritto

Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Fachliche Beratung: Renée Breimi, MSc UZH
Dr. phil. Agnes von Wyl

Zürich, Mai 2010

Diese Arbeit wurde im Rahmen des konsekutiven Masterstudienganges in Angewandter Psychologie an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich.

Vorwort

Spätestens wenn man als Praktikantin zum ersten Mal einem Menschen gegenüber sitzt, dessen Trauer und Angst mitspürt und vielleicht von Aspekten berührt wird, die einen Nachklang eigener Erfahrungen auslösen, steht man vor der Aufgabe, bei bestmöglichem fachlichen Vorgehen und Empathie mit der Selbstfürsorge anzufangen.

An der Schwelle zu diesem Beruf interessierte mich, was erfahrene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten tun, um in ihrer Mitte und vielleicht sogar glücklich zu bleiben, ohne auf negative Coping-Strategien auszuweichen oder Gefahr zu laufen, völlig auszubrennen. Das war der Auftakt für meine Untersuchung.

Mein Dank gilt in erster Linie den 722 Menschen, die meinen Fragebogen ausgefüllt und mir damit vorliegende Arbeit ermöglicht haben. Ebenso danke ich denjenigen, die sich in Verbänden, Ausbildungsinstitutionen und auf persönlichem Weg für die Verbreitung meines Fragebogens eingesetzt haben. Ihnen verdanke ich die grosse, aussagekräftige Stichprobe.

Ich danke herzlich Frau Renée Bremi für ihre ausschliesslich ressourcenorientierte und wertvolle fachliche Begleitung, wie auch der spezifisch fachlichen Begleitung von Frau Agnes von Wyl.

Ein Dank geht an Jane Myers und Thomas Sweeney, die Autoren des Originalfragebogens, die mir ihr Vertrauen schenkten und die Möglichkeit gaben, die deutsche Übersetzung vorzunehmen. Insbesondere Jane Myers danke ich für ihr Engagement und die Begeisterung, mit der sie sich meinen Fragen und Ergebnissen gewidmet hat.

Dank gebührt auch den Kolleginnen und Kollegen, die bei der Pilotstudie mitgewirkt haben, und denjenigen, die den Fragebogen sprachlich überprüft haben. Ihre wertvollen Hinweise flossen allesamt in diese Arbeit mit ein.

Ein besonderer Dank gilt dem sorgfältigen Lektorat meines Mannes, seiner Zeit als Sparring-Partner und seiner unumstösslichen moralischen Unterstützung.

Inhalt

Einleitung	1
I. Theoretische Grundlagen	3
1. Berufsbild Psychotherapie	3
1.1 Anforderungen und Voraussetzungen	4
1.2 Persönliche Belohnung durch die Tätigkeit	5
1.3 Einflüsse auf die Berufsausübung	6
1.3.1 Berufliche Einflüsse	6
1.3.2 Persönliche Einflüsse	10
1.4 Professionalität und Kompetenz	13
2. Selbstfürsorge	14
2.1 Begriffsklärung und Relevanz	14
2.2 Proaktives Verhalten und salutogenetische Perspektive	15
2.3 Geschichtliche Entwicklung des Selbstfürsorgeverständnisses	16
2.4 Komponenten der Selbstfürsorge	17
2.5 Gefahren mangelnder Selbstfürsorge	23
2.6 Berufsanfängerinnen als besondere Risikogruppe	24
3. Das Messinstrument	26
3.1 Erläuterungen zentraler Begriffe	26
3.2 Theoretische Basis des Five Factor Wellness Inventory	28
3.2.1 Adlers Individualpsychologie als dem Modell zugrundeliegend	28
3.2.2 Das Modell des Unteilbaren Selbst	29
3.2.3 Beschreibung des Fragebogens	30
3.3 Skalen des Five Factor Wellness Inventory	31
3.3.1 Das Wohlbefinden als übergeordnete Ebene (<i>Higher Order Factor</i>)	32
3.3.2 Die Faktoren der zweiten Ebene (<i>2nd-Order-Factors</i>)	32
3.3.3 Kontextskalen (<i>Context Scales</i>)	34
3.4 Übersicht Forschungsarbeiten mit dem 5F-WEL	36
3.5 Grenzen des gewählten Instruments für die Untersuchung	37
4. Testadaptation	37
4.1 Standards für die Übersetzung und Adaptation	37
4.1.1 Konstruktäquivalenz	38
4.1.2 Testdurchführung	38
4.1.3 Testdokumentation	38
4.1.4 Übersetzung, Datenerhebung und statistische Überprüfung	38

II. Empirischer Teil	40
5. Fragestellung und Hypothesen	40
5.1 Fragestellung	40
5.2 Hypothesen	40
6. Testadaptation an die deutsche Sprache	42
6.1.1 Übersetzung	42
6.1.2 Anpassung der deutschen Version	42
6.1.3 Pilotstudie	44
7. Untersuchungsmethode	44
7.1.1 Stichprobenrekrutierung	44
7.1.2 Datenerhebung	45
7.1.3 Angewendete statistische Verfahren	45
8. Ergebnisse	47
8.1 Ergebnisse Testadaptation mit Originalversion (I)	47
8.2 Deskriptive Ergebnisse zur Stichprobe	50
8.3 Ergebnisse des 5F-WEL-A-G (II)	54
8.3.1 Hypothesenprüfung	57
8.4 Kategoriale Zusammenfassung der offenen Antworten	67
9. Diskussion	69
9.1 Zusammenfassung	69
9.2 Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	70
9.3 Kritische Betrachtung	79
9.4 Weiterführende Überlegungen	80
10. Abstract	82
11. Literatur	83
12. Tabellenverzeichnis	89
13. Abbildungsverzeichnis	90
14. Anhang	91
14.1 Wheel of Wellness	91
14.2 Beispiel-Items des 5F-WEL-A-G	92
14.3 Auszug Vergleiche und Diskussion Anpassung Items	94
14.4 Schreiben an Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	95
14.5 Angeschriebene Institutionen	96

Einleitung

„If we are not careful, we wind up carrying around the weight and pain of every single patient, as though we were a mama kangaroo“ (Norcross & Guy, 2007, S. 49).

Psychotherapeutische Arbeit ist in erster Linie Beziehungsarbeit. Das bedeutet neben fachlicher Kompetenz ein hohes Mass an emotionaler Kompetenz. Menschen, die diesen Beruf ausüben, sind in ihrer Tätigkeit mit den Patienten emotional beteiligt und entsprechend gefordert. Während ihrer Arbeit begegnen ihnen alle Qualitäten seelischen Leidens. Das bedeutet ein erheblicher emotionaler Aufwand.

Zahlreiche Belastungen aufgrund von Patientenverhalten, beruflichen Rahmenbedingungen oder persönlichen Einflüssen wirken auf das Befinden der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. In diesem Zusammenhang wird immer wieder die Burnout-Debatte bei Fachkräften in helfenden Berufen diskutiert. Glaubt man Forschung und Literatur, verspricht die Ausübung dieser Tätigkeit dennoch Freude und Befriedigung, nicht zuletzt auch aufgrund der Möglichkeit, Helfen zu können, was ihr Sinn und Zweck verleiht. Um diese Freude, aber auch die Professionalität aufrecht erhalten zu können, haben Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Verantwortung, ihrer körperlichen und psychischen Gesundheit Sorge zu tragen.

Diese Arbeit legt den Fokus auf die gesund erhaltenden Faktoren und untersucht, was Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für ihre Selbstfürsorge tun und wie gut es ihnen damit geht. Was krank machende Faktoren sein könnten, wird nicht untersucht. Beim verwendeten Messinstrument handelt es sich um das *Five Factor Wellness Inventory*, das für vorliegende Untersuchung gemäss den Internationalen Test-Standards aus dem Amerikanischen ins Deutsche übersetzt und erstmals eingesetzt wird. Dem Fragebogen liegt ein ganzheitliches Verständnis von Wohlbefinden zugrunde. Er definiert Wohlbefinden als Prozess hinsichtlich eines zu erreichenden Optimums an Gesundheit auf körperlicher, seelischer und geistiger Ebene. Das Instrument basiert auf der Theorie Alfred Adlers.

An der Untersuchung nehmen ausschliesslich Personen teil, die psychotherapeutisch tätig sind. Sie bleibt auf die deutschsprachige Schweiz beschränkt. Für die Studie wird das *Five Factor Wellness Inventory* eingesetzt und keine weiteren Modelle integriert.

In der Untersuchung wird der Frage nachgegangen, wie sich das allgemeine Wohlbefinden und dessen einzelne Komponenten darstellen, ob sich geschlechtsspezifische Unterschiede finden lassen und wie sich Alter, Berufserfahrung und Arbeitsform auf das Wohlbefinden auswirken. Ein spezielles Augenmerk wird auf Berufsanfängerinnen und

-anfänger gelegt, die eine besondere Risikogruppe darstellen sollen. Weiter soll der Vergleich mit einer Normalpopulation gemacht werden.

In Kapitel 1 wird das Berufsbild Psychotherapie umrissen, ethische Aspekte beleuchtet und auf die hohen Anforderungen und Einflüsse bei der Arbeit eingegangen. Dem Thema Selbstfürsorge wird Kapitel 2 gewidmet. Als Voraussetzung für eine professionelle psychotherapeutische Tätigkeit wird der Begriff Selbstfürsorge eingeführt und auf das proaktive Verhalten und die salutogenetische Perspektive als Basis für die Selbstfürsorge eingegangen. Anschliessend werden die wichtigsten Selbstfürsorgestrategien aus der Literatur und der Forschung dargestellt und die Konsequenzen mangelnder Selbstfürsorge für Therapeutin und Patient beleuchtet. In Kapitel 3 wird das gewählte Messinstrument, das *Five Factor Wellness Inventory* vorgestellt. Die dem Instrument zugrundeliegende Individualpsychologie Alfred Adlers wird in der Theorie verortet. Das auf der Individualpsychologie basierende *Modell des Unteilbaren Selbst* wird detailliert dargestellt und der darauf aufbauende Fragebogen beschrieben. Der letzte Teil der Theorie widmet sich der Testadaptation, den dazu notwendigen Standards für die Übersetzung und Adaptation sowie den Grenzen des Tests für die vorliegende Untersuchung.

Im empirischen Teil werden einführend Fragestellung und Hypothesen vorgestellt. Darauf folgend wird der Vorgang der Testadaptation mit Übersetzung und der Pilotstudie erläutert. Die Untersuchungsmethode beginnt mit der Beschreibung der Stichprobenrekrutierung und wird mit der Beschreibung der Datenerhebung und der angewendeten statistischen Verfahren weitergeführt. Die Ergebnisse gliedern sich in drei Teile: Ergebnisse der Testadaptation, deskriptive Ergebnisse der Stichprobe und Ergebnisse des Fragebogens. Die aufgestellten Hypothesen zum Test werden überprüft und dargestellt.

Der Diskussionsteil fasst eingangs den theoretischen und empirischen Teil dieser Arbeit zusammen. Anschliessend werden die Ergebnisse diskutiert, mit der Theorie in einen Zusammenhang gestellt und mögliche Erklärungen und Interpretationen diskutiert. Zum Schluss folgen die kritische Betrachtung der Untersuchung sowie einige weiterführende Überlegungen im Sinne von Erkenntnissen zu dieser Studie.

Um der Lesefreundlichkeit und der Formulierung beider Geschlechterformen gleichermaßen gerecht zu werden, werden in dieser Arbeit die weiblichen Begriffe „Psychotherapeutin“ und „Psychologin“ anstelle von beiden Geschlechternennungen verwendet, wobei die männliche Form mitgemeint ist. Gleichzeitig wird die männliche Form „Patient“ gewählt, wobei hier auch immer die weibliche Form mitgemeint ist. In Titel, Hypothesen und Ergebniserläuterungen wird auf beide Formen zurückgegriffen, um mögliche Geschlechterunterschiede klar zu erläutern. Die Bezeichnung „Patient“ schliesst die Bezeichnung „Klient“ mit ein und wird synonym verwendet.

I. Theoretische Grundlagen

1. Berufsbild Psychotherapie

Ein allgemeiner Konsens im Anliegen der Psychotherapie findet sich in der Formulierung der „Bestrebung einer gezielten, professionellen Behandlung psychischer und/oder psychisch bedingter körperlicher Störungen mit psychologischen Mitteln“ (Dorsch, 2009, S. 815). Psychotherapie definiert sich aus ihrem Vorgehen mehr als aus ihrem Anwendungsbereich und unterscheidet sich von anderen Behandlungsmethoden dadurch, dass sie sich psychologischen Mittel bedient, nicht jedoch durch ein Ziel definiert werden kann (Grawe, Donati & Bernauer, 1994, S. 10f). Aus den mannigfaltigen Ansichten, worin die psychologischen Mittel einer Therapie bestehen und welches Menschenbild diesen zugrunde liegt, hat sich im Laufe der Psychologie-Geschichte eine Vielfalt von Schulen gebildet, die sich in neuester Zeit – nicht zuletzt aufgrund jahrelanger Psychotherapieforschung – in der Einigkeit über die Wirkfaktoren einander wieder annähern. Im Mittelpunkt steht dabei die therapeutische Beziehung, die als das am besten gesicherte Ergebnis bei den Wirkfaktoren der gesamten bisherigen Psychotherapieforschung gilt (z.B. Grawe, 1994; Brentrup, 2002; Hain, 2001).

In der Förderung von Autonomie, der Reduktion dysfunktionaler Verhaltensweisen und der Linderung des Leidens, was alles mit Hilfe der psychotherapeutischen Arbeit angestrebt wird, ist die Beziehungsarbeit immer gleichwertig mit dem fachlichen Wissen und Können und der konkreten inhaltlichen Arbeit (Hoffmann & Hofmann, 2008, S. 14). Mit der Beziehungsarbeit wird angestrebt, dass die Patienten ihre persönlichen und sozialen Funktionsweisen verbessern, das dysfunktionale Verhalten sowohl auf der kognitiven, der emotionalen und der motorischen Ebene durch funktionaleres Verhalten ersetzen und lernen, handlungsorientiert und -fähig zu bleiben (Hoffmann & Hofmann, 2008, S. 189f). Patienten sollen ermächtigt werden, genau zu erläutern, was sie möchten, die Effektivität ihres aktuellen Lebensstils dann zu hinterfragen und schliesslich zu ändern, was geändert werden muss (McGowan, 2005). Hain (2001, S. 132) erklärt den Vorgang psychotherapeutischen Schaffens mit einer „heilenden Kraft zwischenmenschlicher Beziehung“, die durch berufliches Wissen und Können geformt sei. Aufgrund dieser Art der Beziehung entstehe die Möglichkeit, stagnierte Entwicklung in Gang zu bringen, den Selbstwert, die Autonomie und die Beziehungsfähigkeit zu stärken und sowohl innerseelische wie zwischenmenschliche Konflikte lösen zu können.

1.1 Anforderungen und Voraussetzungen

Ein Beruf, dessen zentrales Arbeitsmittel die therapeutische Beziehung ist, stellt grosse Anforderungen an seine Fachkräfte. Sie sind in einem beträchtlichen Mass persönlich und emotional beansprucht. Insbesondere werden hohe Anforderungen an ihre Integrität gestellt (Reimer, 2005, S. 94). Dem Umstand, dass die Persönlichkeit eine zentrale Rolle spielt, sollte in der Psychotherapieforschung Rechnung getragen werden (Rudolf, 2005, S.123). Professionalität und Entwicklung werden durch intrapersonale und interpersonale Kompetenzen untermauert (Wise, 2008), die Pope und Brown (1996) als „emotionale Kompetenz, gepaart mit Wissen und technischen Skills“ definieren. Psychotherapeutinnen haben, wie Menschen anderer Berufsgattungen, ihre Schwächen und unterscheiden sich aufgrund ihrer Persönlichkeit in vielerlei Hinsicht voneinander. Einzelne Eigenschaften können erst in Kombination mit persönlicher Leidenschaft und ernster Sorge um das Wohl des Patienten ihr konstruktives Potential entfalten (Hain, 2001, S. 185). Dennoch gibt es gewisse Eigenschaften, die in der Fachliteratur weitgehend als grundlegend für den psychotherapeutischen Beruf erachtet werden.

Immer, wenn Entscheidungen bei Patienten anstehen, sollten Psychotherapeutinnen technisch neutral sein und inadäquate Verhaltensweisen unterlassen oder vermeiden (Dulz & Knauerhase, 2005, S. 189). Sie sollten eine zukunftsorientierte, neugierige Lernhaltung haben, verbunden mit der Fähigkeit zur Selbstkritik. Ebenfalls grundlegend ist eine kritisch neugierige Grundhaltung, wie etwa das kritische Hinterfragen, und das Bedürfnis nach weiterer Entwicklung und persönlichem Lernen (Hain, 2001, S.184ff). Weitere wichtige Komponenten sind nach Hoffmann und Hofmann (2008, S. 190ff) die Fähigkeit, beobachten und differenzieren zu können, sowie die Fähigkeit, schwierige Momente zu meistern. Hilfe sollte aufgrund intrinsischer Motivation erfolgen. Ausserdem sollten Therapeutinnen geduldig, hartnäckig und flexibel sein. Einig sind sich viele Stimmen auch bei der Bedeutung von Humor, einer gewissen Leidenschaft und Empathie als wichtige therapeutische Kompetenzen (z.B. Hain, 2001, S. 184ff). Das Zusammenspiel einzelner Eigenschaften wird durch Hains Aussage verdeutlicht, wonach die Fähigkeit, die eigene Person in Frage zu stellen, die Voraussetzung sei, humorvoll therapeutisch arbeiten zu können (2001).

Hatcher und Lassiter (2007) nennen Fertigkeiten, Einstellungen und Kenntnisse, die sie für eine Psychotherapie-Weiterbildung voraussetzen:

Tabelle 1: Fertigkeiten und Fähigkeiten für die Psychotherapie-Weiterbildung

Interpersonelle Fähigkeiten	Zuhören können, Empathie; Respekt und Interesse gegenüber anderen Kulturen, Erfahrungen, Werte, Ansichten, Ziele, Wünsche und Ängste, etc. Besonders wichtig: offen sein für Feedback.
Kognitive Fähigkeiten	Problemlösefertigkeit, kritisches Denken, organisierte Argumentation, intellektuelle Neugierde und Flexibilität.
Affektive Fähigkeiten	Gefühlstoleranz, Toleranz/Verständnis gegenüber interpersonellen Konflikten; Toleranz bei Unklarheit und Unsicherheit.
Persönlichkeit / Haltungen	Wunsch, anderen zu helfen; Offenheit gegenüber neuen Ideen; Aufrichtigkeit / Integrität / Wertschätzung von ethischem Verhalten; Mut.
Ausdrucksfähigkeit	Fähigkeit, eigene Vorstellungen, Gefühle und Gedanken verbal, non-verbal und schriftlich zu kommunizieren.
Reflektive Fertigkeiten	Fähigkeit, die eigenen Motive, Haltungen, Verhalten zu prüfen und zu beachten und die Wirkung derselben auf andere.
Persönliche Fertigkeiten	Ordnung, Hygiene, adäquate Kleidung.

In einer breit angelegten Studie in den USA, welche die Entwicklung der Fachkompetenz von Psychotherapeutinnen untersuchte, wurden die Kompetenzen ‚kritisches Denken‘ (95%), ‚interpersonelle Beziehungen‘ (88%), ‚Selbstkenntnisse‘ (83%), ‚Selbstbeurteilung‘ (74%) und ‚Selbstfürsorge‘ (71%) für Professionalität am höchsten gewertet (Elman, Illfelder-Kaye & Robiner, 2005, S. 368). Orlinsky und Rønnestad (2005, S. 4) weisen zudem darauf hin, dass Therapeutinnen im Kollektiv fast so sehr für vielerlei Krankheiten der modernen Gesellschaft gelobt oder getadelt werden wie ihre Kolleginnen und Kollegen im Lehrerberuf. Individuell wird von ihnen aber fast genauso oft erwartet, diese Krankheiten zu heilen.

1.2 Persönliche Belohnung durch die Tätigkeit

Bei der Arbeit als Psychotherapeutin verändert sich nicht nur das Gegenüber. Therapeutinnen ziehen aus ihrer Arbeit einen persönlichen Gewinn. Die überwiegende Mehrheit von psychotherapeutisch Tätigen ist sehr zufrieden mit ihrer Berufswahl und würde ihrer Berufung nochmals folgen, wenn sie wüsste, was sie jetzt weiss. Die meisten Psychotherapeutinnen fühlen sich durch ihren Beruf begünstigt, denn sie fühlen sich bereichert, genährt und privilegiert. Die Arbeit bringt ihnen Freude, Befreiung, Sinn, Wachstum, Vitalität, Spannung und aufrichtiges Engagement sowohl für die Patienten, wie auch für sich selbst. Auch wenn sich die Gründe, im psychotherapeutischen Arbeitsfeld zu bleiben, und die Quellen der Zufriedenheit über die Jahre der Tätigkeit verändern mögen, so bleibt doch grundlegend ein Sinn für Zweck und Bedeutung bestehen (Norcross & Brown, 2000, S. 124; Norcross & Guy, 2007, S. 18).

Eine oft genannte berufliche Belohnung bei der Ausübung von Psychotherapie ist die Zufriedenheit durch Helfen. Die meisten Psychotherapeutinnen erleben in ihrer Tätigkeit die Möglichkeit, Wachstum in den Patienten zu fördern. Dies ist der Hauptgrund, den Psychotherapeutinnen angeben, weshalb sie diese Berufswahl getroffen haben.

Weitere wichtige und häufig genannte Faktoren, die eine Belohnung für die Tätigkeit darstellen, sind Freiheit und Unabhängigkeit, eine Vielfalt von Erfahrungen aufgrund der Vielfalt von Begegnungen, die intellektuelle Stimulation, das persönliche emotionale Wachstum, eine verbesserte Beziehungsfähigkeit, auch ausserhalb des therapeutischen Settings, erhöhte Leistungsfähigkeit durch verbesserte kognitive und emotionale Fertigkeiten sowie Verhaltensfertigkeiten, Lebenssinn, Anerkennung und Anstellungsmöglichkeiten (Norcross & Guy, 2007, S.21ff). Verglichen mit Psychologinnen in der Forschung sind Therapeutinnen zufriedener mit ihren Leben und der Meinung, die Arbeit habe einen positiven Einfluss auf ihr Leben. Norcross und Brown (2000) zitieren dazu eine Studie von Radeke und Mahoney (2000), in der Psychotherapeutinnen berichteten, die Arbeit habe sie besser, weiser, aufmerksamer gemacht, die eigene persönliche psychologische Entwicklung beschleunigt, die Fähigkeit, das Leben zu geniessen erhöht, und sie fühlten sich als würden sie eine Form von spirituellem Service praktizieren.

1.3 Einflüsse auf die Berufsausübung

Neben den hohen Anforderungen an die Person der Therapeutin gibt es bei der Ausübung der psychotherapeutischen Tätigkeit eine Reihe von Einflüssen, die zur Belastung werden können. Dabei handelt es sich einerseits um berufliche Einflüsse und andererseits um persönliche. In der Fachliteratur herrscht Konsens darüber, dass der erste Schritt zur Professionalität in der Erkennung und Anerkennung der existierenden Belastungen besteht (Norcross & Guy, 2007, S. 35f). Im Folgenden findet sich eine Ausführung der Einflüsse, die nicht abschliessend zu betrachten ist.

1.3.1 Berufliche Einflüsse

Belastungen durch emotionale Forderung

Während des therapeutischen Geschehens sind Psychotherapeutinnen „anhaltend allen Qualitäten seelischen Leidens ausgesetzt, müssen diese wahrnehmen, annehmen, aushalten und mit Geduld einer Bearbeitung zugänglich machen“ (Reimer, 2005, S. 94). Das Resultat dieser empathischen Verbindung mit einem Menschen, der emotional Achterbahn fährt, ist bis zu einem gewissen Grad, als würden diese Emotionen selbst erlebt. Dies geschieht nicht aus Absicht oder aus mangelnder Professionalität, sondern ist normaler Teil dieser Arbeit. Singer und Frith (2005) belegen dies mit einer Untersuchung über Mit-Fühlen und entsprechender Aktivierung des Schmerzzentrums im Gehirn. Sie stellten fest, dass eine verstärkte Intensität der Therapeutin-Patienten-Beziehung den Schmerz des Patienten auch bei der Therapeutin intensiviert. Aufgrund der häufig negativen Emotionen im therapeutischen Prozess, wie Angst oder Trauer, besteht die Gefahr

eines ‚Tunnelblicks‘, der sich direkt auf die Informationsverarbeitung im Gehirn von Psychotherapeutinnen auswirken und die eigene Denk- und Handlungsfähigkeit beeinträchtigen kann, sofern keine Schutzmassnahmen getroffen werden. Psychotherapeutinnen sind fortwährend mit Themen wie Krankheit, Tod, Mobbing, Arbeitslosigkeit, Untreue, Einsamkeit, Ansteckungsängste und Panik vor Menschen konfrontiert, weshalb es für jede Therapeutin unumgänglich ist, sich zu schützen und effiziente Bearbeitungsmechanismen zu erlernen (Hoffmann & Hofmann, 2008, S. 3f).

Dass die psychotherapeutische Arbeit meist nicht unmittelbar greifbare Ergebnisse hervorbringt oder nur schwierig evaluiert werden kann, wird ebenfalls häufig als Belastung gesehen (Reimer, 2005, S.93; Norcross & Guy, 2007, S. 37). Psychotherapeutinnen beteiligen sich in einer „umfassenden“ und „höchstpersönlichen“ Weise am Leben ihrer Patienten, so von Rad (1997, S. 35f). Er führt aus, dass die Lebensschicksale mancher Patienten die Therapeutinnen nicht nur begleiten – sie „erwachen geradezu in uns zu neuer Lebendigkeit, sickern sozusagen zunächst noch unauffällig in unser Privatleben ein, nisten dort und verfolgen uns manchmal regelrecht bis in die nächtlichen Träume oder bis zur Schlaflosigkeit.“

Durch die therapeutische Arbeit können ausserdem unangenehme Erinnerungen wachgerüttelt werden, die verarbeitet werden müssen (Reimer & Jurkat, 2001). Das fortwährende Sich-in-Frage-Stellen hält, gemäss von Rad, nicht nur beweglich, es erschwert auch die Entwicklung eindeutiger Festlegungen und Wertehaltungen (1997, S. 36).

Psychotherapeutinnen sind also bereits aufgrund der Natur ihres Berufs Belastungen ausgesetzt, die sie nicht vermeiden können (Barnett, 2007). Von ihnen wird erwartet, dass sie professionell, souverän und selbst in einer psychischen und physischen Verfassung sind, die eine relative Ausgewogenheit und ein sicheres Ruhen in sich selbst gewährleisten (Reimer, 2005, S. 94). Stress¹, der als natürlicher Zustand angesehen werden sollte, muss jedoch nicht zwingend zu beeinträchtigter Professionalität führen, vielmehr ist es die dafür fehlende Aufmerksamkeit. Stress und beeinträchtigte Professionalität sind auch nicht einfach entweder ganz präsent oder ganz abwesend (Barnett, 2007). Wer allerdings bestreitet, dass die psychotherapeutische Arbeit anspruchsvoll und anstrengend ist, ist nach Thorne verlogen, desillusioniert oder inkompetent (1989, S. 64).

Belastungen durch Patientenverhalten

Beachtliche Belastungen treten auch von Seiten der Patienten auf: „Schwierige, symbiotische, passiv-aggressive und demonstrativ-leidende, übermässig bescheidene, durch die

¹ Auf eine Unterscheidung von Distress (negativ, schädigend) und Eustress (anregend, positiv) wird in dieser Arbeit verzichtet und ausschliesslich der Begriff „Stress“ (subjektiv unangenehm) verwendet (Dorsch, 2009, S. 967f).

Art ihrer Erkrankung besonders beeindruckende, unattraktive, uneinsichtige und unerreichbare Patienten machen Therapeutinnen, Therapeuten und Pflegepersonal das Leben schwer“ (Fengler, 1997, S. 85). Als höchste Belastung werden Patienten mit suizidalen Äusserungen und Handlungen sowie die daraus resultierende Angst empfunden (Norcross & Guy, 2007; Pope & Tabachnik, 1993; Sherman & Thelen, 1998). Die Angst, die suizidale Patienten bei den Therapeutinnen auslösen, ist die Angst vor Fehleinschätzung und den damit verbundenen Konsequenzen sowie die Angst, keine Interventionsmöglichkeit zur Verfügung zu haben, Angst vor der Verantwortung und Angst vor möglichen aggressiven Impulsen des Patienten (Pohlmeier, 1992, S. 249ff).

Selbst- und fremdaggressive Patienten stellen einen weiteren hohen Belastungsfaktor dar (Norcross & Guy, 2007, S. 43; Barnett, 2007). Auch sehr erfahrene Psychotherapeutinnen haben grosse Schwierigkeiten, mit Feindseligkeit adäquat umzugehen. Dies beeinträchtigt ihr Wohlbefinden entscheidend, obwohl bei Krankheitsbildern, wie narzisstischen oder Borderline-Persönlichkeitsstörungen, bei Depressivität, mit der darin enthaltenen, häufig latenten Feindseligkeit, und bei autoaggressiven Krankheitsbildern, wie Sucht und Essstörungen, mit solchem Verhalten geradezu zu rechnen sei (Strupp, 2000).

Besonders belastend stellt sich die Arbeit mit Trauma-Patienten dar. Psychologinnen, die mit Trauma-Opfern arbeiten, erleben gewöhnlich selbst PTSD²-Symptome (Hoffmann & Hofmann, 2008, S. 131). In diesem Zusammenhang wurde der Begriff der ‚sekundären Traumatisierung‘ (Secondary Traumatic Stress Disorder; STSD), allen voran durch Charles Figley (1995) geprägt. Figley beschrieb auch das Phänomen *compassion fatigue* als „natürliche, vorhersehbare, behandelbare und verhinderbare unerwünschte Folge der Arbeit mit leidenden Menschen“ (2002, S. 41).

Die ständige Bedrohung der Grenzen und Integrität der Psychotherapeutin kann durch grenzgestörte Patienten eine Belastung darstellen. Zwischen Psychotherapeutinnen und den Patienten gibt es kaum eine natürliche Distanz, wie sie etwa bei vielen Ärzten durch Hilfskräfte und technische Geräte hergestellt wird (Hoffmann & Hofmann, 2008, S. 3; Reimer, 2005, S. 95).

Hohe emotionale Erwartungen an die therapeutische Beziehung, wie dies bei Persönlichkeitsstörungen der Fall sein kann, sind ebenfalls belastend (Barnett, 2007). Hinzu kommt die Verpflichtung, ein liebevolles, tragfähiges Arbeitsbündnis auch gegen innere und äussere Widerstände aufrechtzuerhalten (Reimer, 2005, S. 95).

Als von Patienten ausgehende weitere Belastungen sind zu nennen: verfrühter Therapieabbruch, abhängige Persönlichkeit (Norcross & Guy, 2007, S. 37) und Risiko-Verhalten (Barnett, 2007). Belastend sind Patienten mit chronischen Schwierigkeiten, bei denen

² PTSD; Posttraumatic Stress Disorder: Hauptmerkmal ist die Entwicklung charakteristischer Symptome nach der Konfrontation mit einem extrem traumatischen Ereignis (Dorsch, 2009, S. 766f).

keine Fortschritte zu verzeichnen sind und die gegebenenfalls rückfällig werden (Barnett, 2007), Patienten, die nicht nach Ressourcen suchen, sie nicht nutzen oder ablehnen (Brentrup, 2002), die belastende Einstellungen mitbringen, wie die Neigung zu Bagatelisierung, Verleugnung und Entwertung, zu Negativismus und Zynismus (Strupp, 2000), unklar formulierte oder unscharfe Zielvorgaben und widersprüchliche Arbeitsanweisungen (Hoffmann & Hofmann, 2008, S. 131).

Die Gefahr bei der Therapeutinnen-Patienten-Beziehung ist das Entstehen des „chronischen Ermüdungswertes“, der auftritt, wenn die „Summe der investierten Kräfte die der ‚eingenommenen‘ Kräfte um ein Vielfaches übersteigt“. Hoffmann und Hofmann stellen fest, dass in diesem Fall die Therapeutinnen zu „komplizierten Reaktionen gezwungen“ seien, wodurch der Gefühlsaufwand riesig werde. Dies sei sehr anstrengend und könne leicht ärgerlich machen, auch „wenn wir uns bewusst sind, dass diese Tendenzen ein Teil des jeweiligen Krankheitsbildes sind“ (2008, S. 5).

Belastungen durch Rahmenbedingungen im Arbeitsumfeld

Berufliche Belastungsfaktoren sind auch Bedingungen, die durch das Arbeitsumfeld geprägt werden und auf die unter Umständen wenig bis kein Einfluss genommen werden kann.

Die psychotherapeutische Arbeit ist sehr oft eine isolierte Tätigkeit. Viele psychotherapeutisch Arbeitende sind in eigener Praxis tätig und haben minimalen Kontakt mit Kolleginnen, was die Unterstützung durch diese mindert und das Gefühl von Isolation erhöht (Smith & Moss, 2009; Hoffmann & Hofmann, 2008; Mahoney, 1997; Pope & Vasquez, 2005; Rupert & Kent, 2007). Die Schweigepflicht kann zudem in der Unfähigkeit resultieren, die Stressoren des Alltags mitzuteilen (Barnett, Johnston & Hillard, 2006).

Kontexte können verschiedene Stressoren hervorrufen. So wurde in zahlreichen weiteren Studien wiederum erforscht, dass selbständig arbeitende Psychotherapeutinnen weniger Stress ausgesetzt sind als angestellte Kolleginnen (z.B. Orlinsky & Rønnestad, 2005; Rupert & Kent, 2007). Autonomie und die damit verbundene selbständige Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit sind wesentliche Faktoren für das Wohlbefinden (Norcross & Guy, 2007, S. 48). Als grösster Nachteil der selbständigen Tätigkeit gilt jedoch die finanzielle Unsicherheit (Guy, 1987; zit. nach Norcross & Guy, 2007, S. 48).

Brentrup (2002) zählt Faktoren auf, die Arbeits-Ressourcen einengen, verstellen oder beeinträchtigen können. In Institutionen etwa aufgrund von Leitungsstrukturen, Arbeitsplatzbedingungen, Rollenerwartungen, Glaubenssystemen in Bezug auf ‚Hilfe‘, Bewertung und Arbeitsmoral. Äussern könne sich dies beispielsweise durch mangelnde Unterstützung für Berufseinsteigende, Überforderung durch zu viele Patienten, eintönige Arbeit, bürokratische Einschränkungen, fehlende Mitbestimmungsmöglichkeiten,

unklare Entscheidungsbefugnisse, anhaltende Zerstrittenheit und fehlende Unterstützung im Team, wenig zu beeinflussende oder absolute Therapieziele und Therapieschritte, unklare Ziele und Rollenkonflikte.

Auch Faktoren wie Arbeitszeit, Honorierung, Gesundheitspolitik, administrativer Aufwand oder unsichere Arbeitsverhältnisse können zu Belastungen im Arbeitsumfeld werden (Hoffmann & Hofmann, 2008, S. 131; Rupert & Morgan, 2005). Die Kontrolle über Arbeitsbedingungen und Arbeitsumfeld zu haben, scheint speziell wichtig. Die Forschung belegt, dass erhöhte Kontrolle über genannte Punkte das Risiko eines Burnouts³ vermindert (Rupert & Kent, 2007; Rupert & Morgan, 2005). In den letzten zwei Jahrzehnten hat die Belastung durch die gewachsene Forderung nach Geschwindigkeit, erhöhter Patientenfrequenz und Büroarbeit deutlich zugenommen. Erwähnt wird auch, dass „managed care“⁴, also verstärkte Kostenregulation zu Lasten der Leistung, die Arbeit negativ beeinflusst (Norcross & Guy, 2007, S. 50f). Psychologinnen müssen zudem in ihrem Arbeitsumfeld oft verschiedene Rollen einnehmen: Es wird von ihnen erwartet, dass sie diese – im Team, als Therapeutin, als Ansprechpartnerin – mehrmals täglich bei gleichbleibend hoher Produktivität wechseln (Smith & Moss, 2009).

1.3.2 Persönliche Einflüsse

Der Mensch, der den Psychotherapie-Beruf ausübt, bringt natürlich seine persönliche Geschichte mit in den Beruf. Diese mag sogar die Berufswahl beeinflusst haben, sicher jedoch bringt sie Einflüsse mit, denen Beachtung geschenkt werden sollte (Norcross & Guy, 2007, S. 52).

Herkunftsfamilie

Erfahrungen aus der Herkunftsfamilie wecken bei vielen Psychotherapeutinnen das psychologische Interesse und beeinflussen die spätere Berufswahl. Der weit verbreitete Begriff des „verwundeten Heilers“ entstand aufgrund der Meinung, dass Therapeutinnen und Therapeuten häufig ehemalige Patientinnen und Patienten sind, die durch therapeutische Verfahren zumindest die eigene Problematik verstehen und überwinden konnten (Rudolf, 2005, S. 124; vgl. auch Grosch & Olsen, 1994; Sussman, 1992). Dass sie dadurch mit einem hohen Potential an Bedürftigkeit nach Akzeptanz und Zuwendung ausgestattet sind, sollte nicht ausser Acht gelassen werden (Gathmann & Sermraulininger, 1996, S. 97).

Erfahrungen und Muster im Zusammenhang mit dem familiären Umgang mit Helfen

³ Burnout: Syndrom, das ... als Folge von Überlastung auftritt, u.a. gekennzeichnet durch emotionale Erschöpfung, zynische Haltung und Überforderung (Dorsch, 2009, S. 163).

⁴ Managed Care; ein Gesundheitssystem, das Leistungen zu Gunsten der Kosten reguliert, z.B. HMO-Modelle (APA, Dictionary of Psychology, 2007, S. 551).

und Hilflosigkeit, Sorge und Fürsorge, Macht und Kontrolle, Anerkennung, Übernahme von Verantwortung spielen beim Umgang mit Belastungen eine wichtige Rolle (Brentrup, 2002; vgl. auch Reich, 1982).

Vulnerabilitäten⁵, die viele Psychologinnen aus ihrer Lebensgeschichte haben, erhöhen das Risiko für Stress und beeinträchtigte Professionalität. Elliot und Guy (1993) fanden beispielsweise in einer Studie heraus, dass Frauen im Psychotherapieberuf, verglichen mit Frauen anderer Berufsgruppen, signifikant mehr Übergriffe in der Kindheit, elterlichen Alkoholismus und Dysfunktionen in der Herkunftsfamilie zu verzeichnen hatten. Es wird auch angenommen, dass Psychologinnen in ihrer Kindheit oft überverantwortliche elterliche Rollen innehatten und – wie jedes andere Kind aus belasteten Familien – gelernt haben zu tolerieren und zu meistern (O'Connor, 2001; zit. nach DeAngelis, 2002).

Psychologinnen sind nicht mehr als andere Menschen davor gefeit, unter Stress oder unter körperlichen oder mentalen Gesundheitsorgen zu leiden, genauso wenig wie unter psychischen Beeinträchtigungen und Substanzabusus. Auch wenn allgemein angenommen werden könnte, dass ihre Ausbildung und Weiterbildung sie davor schützt, haben sie in Realität ein grösseres Risiko als die gewöhnliche Bevölkerung (Sherman, 1998).

Aspekte der eigenen Person

Die Wahl, Psychotherapie zum Beruf zu machen, beruht auf einer komplexen Interaktion vieler Faktoren, etwa angeborener Persönlichkeitsfaktoren und frühen Lebenserfahrungen. Die meisten Psychotherapeutinnen sind von einer Kombination aus Altruismus und eigenen Bedürfnissen angetrieben, wovon einige bewusst, andere vielleicht weniger bewusst sind (Sussman, 1992). Therapeutinnen leiden – falls sie leiden – in erster Linie unter ihrer Selbstbelastung. Fenger gibt zu bedenken, dass sie sich in ihrem Handeln an einem hohen Ideal orientieren, an dem gemessen die eigene Praxis unzulänglich und dürftig erscheine (1997, S. 83). Angetrieben durch Grossartigkeit oder tiefe Selbstschätzung setzen sich viele Psychotherapeutinnen dem Anspruch aus, perfekt sein und andauernde Leistung erbringen zu müssen. Unrealistischerweise erwarten viele von sich, stets auf dem Höchststand technischen Könnens zu stehen, unfehlbar, klar, prägnant, emotional verfügbar und mitfühlend zu sein (Freudenberger & Kurtz, 1990; zit. nach Baker, 2003, S. 42f). Psychotherapeutinnen neigen zum Glauben an die eigene Unverletzlichkeit. Sie sind überzeugt, aufgrund ihrer Ausbildung psychische Probleme rechtzeitig bei sich selbst zu erkennen, ihnen vorbeugen und sich selbst heilen zu können.

⁵ Vulnerabilität: Konstrukt individueller Dispositionen, die zu Krankheiten führen können (Dorsch, 2009, S. 1080). V. kennzeichnet die Verwundbarkeit, Verletzbarkeit oder Empfindlichkeit einer Person gegenüber äusseren Einflussfaktoren (Steinebach, 2008).

Dadurch werden sie jedoch blind für Belastungen, Risiken und Anzeichen von Überforderung und Krankheit, die ihr Beruf mit sich bringt und die sie eben nicht aus eigener Kraft bewältigen können (Smith & Moss, 2009).

Genauso kann ein Harmoniebedürfnis, unreflektierte Beziehungsangebote mit stereotypen Rollen, eine pessimistische Einstellung gegenüber dem Beruf und Zweifel an der eigenen Kompetenz zur Belastung werden (Brentrup, 2002). Zusätzliche Komponenten, die aus der persönlichen Geschichte erwachsen und den Arbeitsalltag belasten können, sind Karriere-Entwicklung, ein daraus resultierender Lebensstandard, Status und Prestige, die alle ihren Preis in Arbeitsmenge, Druck und physischen wie psychischen Gebühren haben (Smith & Moss, 2009).

Bedeutsame Lebenserfahrungen

Psychotherapeutinnen pflegen häufig den Individualismus. Von Rad (1997, S. 29) beschreibt diese Eigenschaft damit, dass sie abweichendem Verhalten oder einer ungewöhnlichen Symptomatik mit Verständnis, Toleranz und vor allem mit Bereitschaft zur Akzeptanz begegnen, wie sie sich auch selbst mit ihrem – gegenüber der Norm – eher ungewöhnlichen Verhaltensweisen gern akzeptiert fühlen würden. Oft hätten sie in ihrer vor-psychotherapeutischen, individuellen Lebensgeschichte an sich selbst das schmerzliche Fehlen genau dieser Akzeptanz erfahren, was zu einer kompensatorischen Ausdifferenzierung ihrer Binnenwelt geführt habe. Dass sich ganz bestimmte Persönlichkeiten zum Beruf der Psychotherapeutin hingezogen fühlen, erklärt auch Reimer mit Individualismus, Sensibilität und Verletztheit. Aus diesen Gründen würden sie selbst Hilfe suchen und dies unter dem Deckmantel der Ausbildung verstecken. Die Beschäftigung mit dem seelischen Leiden des Patienten könne gut von sich selbst ablenken (2005, S. 97). Auch die Weiterbildung zur Psychotherapeutin kann sich als bedeutsame Lebenserfahrung äussern, wenn in der generativen Phase des Lebens „eine stark individuumorientierte, methodisch hochspezialisierte Aus- und Weiterbildung und eine respektable fachlich-persönliche Kompetenz“ erworben wird, die mit langer finanzieller Abhängigkeit, mit Verzicht und Einschränkung verbunden ist (von Rad, 1997, S. 31).

Lebenskontext

Da die emotionale Kompetenz in der therapeutischen Arbeit zentral ist, entsteht ein Berührungspunkt zwischen persönlichem und beruflichem Leben der Psychotherapeutinnen, der sich auf der positiven Seite als Kompetenz und gesundes Funktionieren äussert und auf der negativen Seite als Inkompetenz und Beeinträchtigung (Pope & Brown, 1996). Ob sich die Therapeutin in einem ausgeglichenen Lebenskontext befindet oder nicht, kann einen entscheidenden Einfluss auf den Arbeitsalltag ausüben. Dass etwa persönlicher Stress eine Auswirkung auf die Qualität der Patientenunterstützung hat, untersuchten Guy, Poelstra und Stark an 749 psychotherapeutischen Fachkräften (1989).

Die Bedeutung der Lebenszufriedenheit der Therapeutin wird am Beispiel einer tragenden Beziehung deutlich. Reimer sagt, dass es einen erheblichen Unterschied mache, ob zum Lebenskontext der Therapeutin eine befriedigende Liebesbeziehung gehört oder „ob der Wunsch, sich zu verlieben, beziehungsweise Liebe zu finden“ besteht. Die Gefahr, dass Liebe in der Therapie gesucht werde, steige, wenn diese nicht zum Lebenskontext der Psychotherapeutin gehöre (2005, S. 97).

Werden erlernte therapeutische Fähigkeiten im Rahmen der eigenen Familie angewendet und missbraucht, kann sich dies negativ auf das Familienleben auswirken. Psychologische Interpretationen, absolutes und unkritisches Verstehen, die Verwendung von psychologischem Jargon und diagnostischen Kategorien könne ebenso negative Konsequenzen mit sich tragen wie die Eifersucht der Angehörigen auf die Aufmerksamkeit, die den Patienten, nicht aber ihnen entgegengebracht werde (Reimer, 2005, S. 93).

Eine Schwangerschaft kann aufgrund der anstehenden Lebensveränderungen, wie zum Beispiel des Rollenwechsels, signifikant Einfluss auf die Therapietätigkeit nehmen. Gleichzeitig wird die Anonymität aufgrund der non-verbalen Kommunikation, die eine Schwangerschaft mit sich bringt, verhindert, was ebenso grossen Einfluss auf den therapeutischen Alltag haben kann. Auch eigene kleine Kinder, beispielsweise wenn sie krank sind, können eine zusätzliche Belastung im Therapiealltag darstellen (DeAngelis, 2002). Beziehungsprobleme allgemein und persönliche Krankheiten, die von besonderer Tragweite sind, oder Veränderungen im finanziellen Status sind ebenso belastend wie berufliche Veränderungen des Lebenspartners oder der Lebenspartnerin (Sherman & Thelen, 1998).

1.4 Professionalität und Kompetenz

Therapeutische Arbeit basiert auf hohen Anforderungen mit grossen Belastungen und einem erheblichen emotionalen Aufwand. Für die Professionalität und therapeutische Kompetenz ist es deshalb notwendig, sich seiner Verantwortung für die eigene körperliche und mentale Gesundheit bewusst zu sein. In den Richtlinien der ‚American Psychological Association‘ (APA) heisst es, dass „Psychologen, Ausbilder und Auszubildende“ sich stets bewusst sein sollten, dass sich ihr körperlicher und mentaler Gesundheitszustand auf ihre Fähigkeit auswirkt, anderen zu helfen. Psychotherapeutinnen haben demnach sowohl Verantwortung für andere wie auch für sich selbst (Smith & Moss, 2009).

Die Selbsterfahrung und Eigentherapie während der Psychotherapie-Ausbildung wird von Lareiter (1998, S. 32) mit berufsethischen Argumenten begründet, welche auch die Prävention von Risiken für Therapeutinnen beinhalte, die Prävention von Burnout, die Reduktion der Gefahr von ‚Gefühlsansteckung‘ und die Reduktion von Belastungen.

Reimer (2005, S. 98) plädiert dafür, die Ethik-Richtlinien in Form von Seminaren bereits während der therapeutischen Ausbildung zu thematisieren. Wise (2008, S. 1063) ist der Ansicht, dass das ethische Ziel, kompetent zu bleiben, in engem Zusammenhang mit professioneller Entwicklung stehe, welche selbst als grundlegende Kompetenz zu sehen sei.

Verantwortung für den Patienten wie auch für sich selbst zu tragen, bedeutet auch, die erforderliche Distanz aufzubauen und immer wieder gegenzusteuern, wenn die Gefahr bestehe, sich zu sehr vom Zustand der Patienten beeinflussen zu lassen (Hoffmann & Hofmann, 2008, S. 87). Lohmer & Wernz (2005, S. 294) beschreiben einen weiteren Aspekt der Verantwortung, sich der fundamentalen Asymmetrie in der therapeutischen Beziehung bewusst zu werden, dieses Wissen, so nötig, auch dem Patienten mitzuteilen und damit einen konstruktiven Umgang mit dem Problem der Macht zu haben.

Zur Notwendigkeit einer professionellen Ausbildung von Fachkräften erklären Norcross und Guy zusammenfassend, dass der Gesellschaft am besten mit einer breiten Kerngruppe an gut ausgebildeten, wirkungsvollen Fachkräften gedient sei (2007, S. 164).

2. Selbstfürsorge

2.1 Begriffsklärung und Relevanz

Eine Begriffsbestimmung für ‚Selbstfürsorge‘, die weitgehend auf Konsens stösst, wurde mit der Definition von Reddemann (2005, S. 565) geschaffen: „Einen liebevollen, wertschätzenden, achtsamen und mitfühlenden Umgang mit mir selbst und das Ernstnehmen meiner Bedürfnisse.“

Brentrup (2002) definiert die „Selbstsorge“ als „spezifische Haltung des Helfens, welche die Autonomie der Hilfs-*Bedürftigen* wie die der Helfer betont.“ Selbstsorge, so Brentrup weiter, sei damit ein „Meta-Modell für Veränderung“, was wiederum der Reflexion diene, sich um „die eigene Existenz zu kümmern.“ Selbstfürsorge wird von Coster und Schwebel (1997) beschrieben als die Anwendung einer Reihe von Aktivitäten mit dem Ziel des „well-functioning“, das wiederum definiert wird als „anhaltende Qualität im beruflichen Funktionieren über die Zeit und angesichts beruflicher und persönlicher Stressoren“.

Die Wichtigkeit von Selbstfürsorge leitet sich von der Tatsache ab, dass die Therapeutin das Werkzeug der Arbeit darstellt. Ausgerüstet mit Fachkenntnissen und wissenschaftlichen und beruflichen Fertigkeiten stellen die Bezugs-, die Reflexions- und die Entscheidungsfähigkeit der Therapeutinnen die wichtigsten gebräuchlichen Faktoren dar, die

klinische Weisheit und erfolgreiches Praktizieren bestimmen (Elman, 2007).

Um Patienten zu helfen, selbstaufmerksamer und selbstbezogener zu werden, setzen Psychotherapeutinnen ihre erlernten Fähigkeiten und Fertigkeiten ein. Oft jedoch zeigen sie sich zurückhaltend, sich selbst dieselbe Art von Verständnis und Fürsorglichkeit angedeihen zu lassen. Tatsächlich aber ist die eigene persönliche und berufliche Selbstfürsorge wahrscheinlich das Wichtigste für sich selbst *und* für die Patienten (Baker, 2003, S. VII). Selbstfürsorge ist kein narzisstischer Luxus, es ist ein menschliches Requisit, eine klinische Notwendigkeit und ein ethischer Imperativ (Norcross & Guy 2007, S. 14). Neben der therapeutischen Qualität sowie des Schutzes und der Entwicklung der beruflichen Identität steht das menschliche Recht an Selbstbewusstsein, Selbstakzeptanz und Selbst-Auszeichnung, wie es auch die Patienten haben, an vorderster Stelle (Mahoney, 1997).

Reimer ist der Ansicht, dass sich Therapeutinnen zu wenig bewusst machen, was sie tagtäglich an negativer Energie aufnehmen und letztlich auch irgendwie verarbeiten müssen. Er fordert deshalb auf: „Jeder kann für sich selbst überprüfen, wie weit er sich noch nach getaner Arbeit gedanklich, in Gesprächen oder auch in Träumen mit Patienten und ihren Problemen weiterbeschäftigt“ (2005, S. 95). Die Voraussetzung für adäquate Selbstfürsorge sieht Reddemann (2005, S. 566) entweder in einer frühen Erfahrung mit ausreichender Fürsorge oder, wenn diese nicht erfahren werden könne, in einem Prozess des Trauerns „mit anschließender Veränderung im Umgang mit sich selbst.“

Selbstfürsorge wird gelegentlich mit Egoismus, Selbstbezogenheit und Narzissmus verwechselt. Selbstfürsorge hat jedoch nichts damit zu tun. Eine Sicht kann sein:

„Je mehr ich selbstfürsorglich bin, wirklich bin, desto mehr habe ich für andere übrig, im besten Sinne. Und meine Arbeit zeigt mir das. Je mehr Zeit ich damit verbringe ... zu meditieren, Yoga zu praktizieren und die Dinge zu tun, die mich wirklich nähren, desto fähiger bin ich, bei meinen Patientinnen und Patienten zu sein, wahrhaftig bei ihnen zu sein. Je weniger ich für meine Selbstfürsorge tue, desto weniger habe ich ihnen zu geben. Es ist paradox, dass dies als egoistisch bezeichnet wird“ (Hadler, 1996).

Reddemann (2005, S. 564) zeigt sich besorgt, wie viel Psychotherapeutinnen heutzutage von Selbstfürsorge sprechen und wie wenig sie diesbezüglich für sich selbst tun.

2.2 Proaktives Verhalten und salutogenetische Perspektive

Mit proaktivem Verhalten ist ein durch differenzierte Vorausplanung und zielgerichtetes, initiatives Handeln gemeint, das anstelle einer Reaktion auf Geschehenes die Entwicklung der Geschehnisse selbst bestimmt (Duden, 2003). Es kann auch als bejahende, innere Einstellung verstanden werden. Ein proaktives Gesundheitsverhalten zielt also

differenziert und selbstbestimmt auf gesundheitserhaltende und -fördernde Massnahmen.

Der proaktiven Haltung, die einem erfolgreichen Selbstfürsorgeverhalten inhärent sein sollte, liegt die salutogenetische Sicht der Theorie von Antonovsky (1987) zugrunde. Antonovsky vollzog einen Perspektivenwechsel von der Pathogenese zur Salutogenese, indem er die *Heterostase* als Axiom voraussetzte, wonach ein Mensch sich generell in einem körperlichen und seelischen Ungleichgewicht und einem ständigen „Druck in Richtung auf zunehmende Entropie⁶“ befinde, als „dem prototypischen Charakteristikum des lebenden Organismus“. Antonovsky legte durch diesen Perspektivenwechsel die Sicht auf die gesund erhaltenden Faktoren und interessierte sich für die Frage, was Menschen – auch unter belastenden Lebensereignissen – körperlich und seelisch gesund erhält (1987, S. 22ff). Antonovsky plädiert dafür „psychosozialen Stressoren“ mit „Coping-Strategien“ oder „Widerstandsressourcen“, also mit veränderter inneren Einstellung oder einer äusseren Handlung zu begegnen (Antonovsky, 1987).

In ihrem Bestreben, kompetent zu bleiben, sollten Psychotherapeutinnen ermutigt werden, auf eine proaktive Selbstfürsorge und eine professionelle Entfaltung zu fokussieren, zusätzlich zu den formalen Fortbildungsaufgaben (Wise, 2008). Der körperlichen Inaktivität, relativen Passivität und emotionalen Deprivation, die für die therapeutische Arbeit charakteristisch ist, muss mittels Aussenaktivitäten und Engagement ein Gegengewicht oder Regulativ gegeben werden (Sussman, 1995). Baker (2003, S. 59) erklärt die Notwendigkeit der proaktiven Selbstfürsorge dadurch, dass jeder Mensch nur selbst entscheiden könne, was für sein Wohlbefinden essentiell sei. Aufmerksam die Risikofaktoren im Auge zu behalten, ist gemäss Smith und Moss (2009) nur ein Schritt, um deren Effekte zu minimieren. Ein anderer sei sicherzustellen, dass ein gesunder Lebensstil gelebt wird, indem positives Verhalten implementiert wird, um fortlaufendes Wohlbefinden zu begünstigen. Die Bemühung um ein glückliches Leben im aristotelischen Sinn, wie es Seligman in seiner Glücksforschung (2003, S. 12) proklamiert, wird von Reddemann (2005, S. 568) als zentrale Selbstfürsorge gesehen. Dabei gehe es um Faktoren wie Intimität, Berufung, Weisheit, Integrität, Gefühl der Ästhetik, Spiritualität und Zukunftsorientierung.

2.3 Geschichtliche Entwicklung des Selbstfürsorgeverständnisses

Im angloamerikanischen Sprachraum beschäftigt das Thema des ‚impaired physician‘ die Fachwelt schon seit fast dreissig Jahren. Man kennt die Problematik, der in ihrem Wohlbefinden und dadurch auch in ihrer Professionalität beeinträchtigten Ärztinnen und

⁶ Entropie: [gr. *En-trepein* nach innen wenden] Dorsch, 2009, S. 262.

Ärzte und es existiert dazu eine Vielzahl an Literatur. Im deutschsprachigen Raum ist diese Thematik jünger. Man beschäftigt sich etwa spezifisch mit den Stressoren in den Heilberufen (Reimer & Jurkat, 2001).

Hoffmann und Hofmann datieren die Geschichte der Selbstfürsorge zurück auf die ersten Jahrzehnte des 20. Jahrhunderts, als die Förderung der ‚geistigen Hygiene‘ Aufschwung erhielt. Damals beschäftigte man sich vorwiegend mit der Bekämpfung des Alkoholismus, mit der Förderung von ‚gesunden Milieus‘ und mit der „Bekämpfung ‚ungesunden‘ sozialen Verhaltens, wie beispielsweise exzessiver Sexualität“ (2005, S. 13). Mit den Zielsetzungen und Vorgehensweisen eines seelischen Gesundheitsschutzes als *präventive* Massnahme soll sich 1950 Heinrich Meng beschäftigt haben, so Hoffmann und Hofmann weiter (2008, S. 13).

Die Salutogenese von Antonovsky, wie im vorherigen Kapitel (2.2) erläutert, setzte 1987 einen wichtigen Markstein für die Psychohygiene. Fessler brachte 2001 schliesslich den Begriff der Psychohygiene als Gegenimpuls zur beruflichen Deformation im Rahmen der Burnout-Debatte bei Fachkräften der Psychotherapie ein (2001, S. 197). Nachdem zahlreiche Untersuchungen zu berufsbezogenen Stressoren gemacht wurden, wuchs das Interesse an den Selbstfürsorgestrategien (z.B. Coster & Schwebel, 1997; Mahoney, 1997; Norcross & Guy, 2007). In den USA existiert zudem eine Reihe von Programmen, die ‚impaired colleague‘, also Kolleginnen und Kollegen, die in ihrer Professionalität beeinträchtigt sind, unterstützen. Diese Tradition begann in den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts, als man den Umgang mit beeinträchtigten Kolleginnen und Kollegen thematisierte und nach Möglichkeiten suchte, diesen Hilfe zukommen zu lassen. Die APA (American Psychological Association) begann 1981 damit, diese Unterstützung öffentlich zu machen. Die Diskussion um den Begriff ‚impaired colleague‘ veränderte sich im Laufe der vergangenen Jahrzehnte. Während man in den 1980er Jahren damit Kolleginnen und Kollegen meinte, die entweder „inkompetent“, „unethisch“ oder „krank“ waren, spricht man heute damit Psychologinnen an, die aufgrund persönlichen oder beruflichen Stresses Unterstützung benötigen, damit sie ihre Funktion weiterhin kompetent und professionell ausüben können (Smith & Moss, 2009; Munsey, 2006).

2.4 Komponenten der Selbstfürsorge

Eine Auflistung aller Selbstfürsorgestrategien wäre nicht nur endlos, sondern auch unnütz, da diese sehr individuell sein können. Dennoch lassen sich aus der Fachliteratur wesentliche Komponenten der Selbstfürsorge aufführen, die auf der Basis jahrelanger Erfahrung der Autoren und aus der Forschung bekannt sind.

Nachhaltige Selbstfürsorgestrategien bedeuten nicht nur Ferien oder Pausen, die zwischen Patienten genommen werden, sondern sie beeinflussen Aktivitäten, Einstellungen

und Vorgehensweisen, die hilfreich sind, sich von der Erschöpfung zu erholen, sich zu erneuern, aufzutanken (Pope & Vasquez, 2005, S. 17). Selbstfürsorgestrategien sind nachweisbar effektiver als passive Strategien wie ‚Wunschdenken‘, ‚Selbstbeschuldigung‘ und ‚Substanzabusus‘, auch wenn keine einzige Selbstfürsorgestrategie so aussergewöhnlich effektiv wäre, dass ihre Anwendung alleine befähigen würde, Stress zu besiegen (Norcross & Guy, 2007, S. 11).

Norcross und Guy haben ihrem Handbuch zur Selbstfürsorge für Psychotherapeutinnen den Titel *Leaving it at the office* gegeben (2007). Wenn es darum geht, Stress rund um das psychotherapeutische Arbeiten zu reduzieren, gilt es, das Funktionieren beim Arbeiten selbst zu verbessern – indem beispielsweise nicht zehn Stunden Arbeit in einen Acht-Stunden-Tag gequetscht wird – und gleichzeitig das Leben ausserhalb der Arbeit qualitativ zu optimieren: *In the office and outside the office* (2007, S. xiii).

Wie konkrete weitere Selbstfürsorgestrategien aussehen können, wird im Folgenden erläutert.

Biobehaviorale Selbstfürsorge

Grundlage der Selbstfürsorge sind die biobehavioralen Bedürfnisse, die wie jeder Mensch auch jede Psychotherapeutin hat. Die gebräuchlichsten Strategien für ein besseres Wohlbefinden schliessen ausgewogene Ernährung, ausreichenden Schlaf und regelmässige Bewegung ein, da diese sowohl physischen wie auch psychischen Nutzen mit sich bringen (DeAngelis, 2002; Reddemann, 2003). Viele Psychotherapeutinnen sitzen Stunde um Stunde. Für sie bedeutet Selbstfürsorge deshalb Bewegung, Dehnung oder körperliche Betätigung (Pope & Vasquez, 2005, S. 17). Norcross und Guy (2007) ergänzen die drei bekanntesten Faktoren für das Wohlbefinden mit Entspannung und menschlichem Kontakt und erinnern daran, sich mit seinem Körper, „diesem Ding unterhalb des Nackens“, wieder zu verbinden (S. 70). Regulatorische Prozesse, wie Entspannung, Bewegung und Zerstreuung (engl.: diversion) helfen, das physiologische und das psychologische Gleichgewicht zu halten. Das wiederum kann sich auf viele Bereiche auswirken, wo eine Ausgeglichenheit geschaffen werden muss, wie etwa bei Zeit, Energie und Geld (Baker, 2003, S. 14ff). Wo immer möglich sollten negative Coping-Strategien, wie Selbstmedikation, Alkohol, Drogen oder inadäquates Essverhalten, vermieden werden, weil sie die Probleme nur noch verstärken könnten (Barnett, 2007). Figley (2002) empfiehlt, die grundlegenden biobehavioralen Selbstfürsorgestrategien unbedingt allesamt regelmässig zu nutzen.

Innere Haltungen und Grundsätze

Die Risikofaktoren grundsätzlich anzuerkennen (Norcross & Brown, 2000), insbesondere aber sich über die *eigenen* Risikofaktoren bewusst zu sein, ist für die Selbstfürsorge zentral. Damit sind zum Beispiel die Arbeit mit gewissen Patientengruppen, die Präsenz von temporär erhöhten Stressoren im Privatleben oder gesundheitliche und psychische

Schwierigkeiten gemeint (Barnett, 2007). Als Warnsignale lassen sich Frustrationsgefühle, Ungeduld oder Ärger gegenüber Patienten, das Fehlen von Aufmerksamkeit, die Hoffnung, gewisse Patienten würden den Termin annullieren, erhöhte Müdigkeit oder weniger Freude an der eigenen Arbeit aufführen (Barnett et al., 2006).

Jeder Handlung zur Selbstfürsorge sollte das *Selbst-Gewahrsein* (engl.: Self-awareness) vorangehen. Dies bedeutet, liebevoll die körperlichen und psychischen Erfahrungen, so weit wie möglich ohne Verzerrung und Abwehr, zu beobachten. Dadurch können Optionen bewusst abgewogen werden, es kann entschieden werden, ob die Erfahrungen internal oder external sind, ob sie persönlich oder aufgrund von Lebensumständen entstanden sind. Selbstgewahr zu sein ist nicht immer angenehm, denn es bedeutet, sich auf die inneren Konflikte einzulassen. *Selbst-Regulation* bezieht sich als nächster Schritt auf das bewusste und unbewusste Bewerkstelligen von körperlichen und emotionalen Impulsen, Antrieben und Ängsten. Hierzu gehört auch die Korrektur blinder Flecken, wie etwa der verborgene Narzissmus (Baker, 2007). Norcross und Brown (2000) nennen neben dem Selbst-Gewahrsein die *Selbst-Befreiung*, die als effektiver Prozess der Wahlmöglichkeit und Selbstverwirklichung mit der darauffolgenden Verantwortung beschrieben wird. Dabei geht es um die Anerkennung, die Verbindlichkeit und die Bürde, sich selbst wieder beruflich und persönlich aufzufüllen. Die *Selbst-Beobachtung* wird von Norcross und Brown als Hauptbeitrag für optimales Funktionieren der Psychologinnen gesehen. Hier gehört auch das interpersonelle Feedback von signifikanten Bezugspersonen dazu. Auch Reddemann (2003, S. 83) schätzt eine „konsequente Haltung des inneren wohlwollenden Beobachtens“ als unerlässlich ein. Eine respektvolle Haltung gegenüber der Fähigkeit der Patienten, sich selbst zu organisieren, sieht Brentrup (2002) als hilfreich, da sie von der Selbstverantwortlichkeit der Patienten bei der eigenen Weiterentwicklung ausgeht.

Für Reddemann (2003) ist in der Psychohygiene vor allem der Aspekt der Freude von grosser Bedeutung. Wenn es gelinge, sich selbst in einem Bereich, sei dieser körperlich, emotional, kognitiv oder spirituell, mit Freude zu unterstützen, fördere dies alle anderen Bereiche mit, da Heilung und Selbstheilung ein „ganzheitliches Geschehen“ sei.

Wenn notwendig oder gewünscht soll Supervision oder Psychotherapie in Anspruch genommen werden. Sich in seiner Rauheit und Wahrheit echt und akzeptiert zu erleben, ist gleichsam für Patienten wie auch für Therapeutinnen heilsam (Figley, 2002). Emotionen zu leugnen, ist kontraproduktiv. DeAngelis (2002) veranschaulicht dies folgendermassen: "When I try to hide my vulnerability, that's when I'm most vulnerable". Psychotherapeutinnen, die Verantwortung tragen möchten, müssen auch die eigene Wahrheit anerkennen. Dazu gehöre, so Storch (2006), negative Gefühle nicht zu verdrängen oder mit positiven Affirmationen auf belastende Gefühle zu reagieren. Die daraus folgende Inkonsistenz könne mehr Schaden als Nutzen bewirken. Entscheidend sei, ob der

Energiefluss stimmt, nicht ob Lust- oder Unlustgefühle vorhanden seien. Es gehe darum, die Gefühle in Worten, Mimik und Gesten anzunehmen, auszudrücken und fließen zu lassen, um sie dann zu verändern.

Humor gilt ebenfalls als gute Einstellung (Reddemann, 2000; Rupert & Kent, 2007), genauso wie das Setzen von Grenzen (Baker, 2003) und Achtsamkeit, im Sinne eines gleichmütig-akzeptierenden Achtgebens auf alle Phänomene⁷ (Shapiro, Brown & Biegel, 2007). Die Belohnungen der Arbeit wertzuschätzen, ist gemäss Norcross und Brown (2000) sehr wichtig.

Berufsbezogene Selbstfürsorge

Berufsbezogene Selbstfürsorgestrategien ermöglichen, die beruflichen Risiken zu minimieren, finanzielle Missverhältnisse zu reduzieren, die Kompetenz durch aktuelles klinisches Fachwissen zu vergrössern und sich von ethischen und beruflichen Leitlinien führen zu lassen (Baker, 2003). Zusätzlich kann dem Umstand des ‚managed care‘, also der Kostenregulation zu Lasten der Leistungen, entgegengetreten werden (Baker, 2003; Weiss, 2004). Als effektvolle berufliche Selbstfürsorgestrategie – falls notwendig – wird die Reduktion der Arbeitszeit angesehen oder das Implementieren eines offeneren und flexibleren Terminplans. Gelegenheiten, sich von Berufskolleginnen Rat einzuholen oder mit diesen Kontakt zu pflegen, sollten ebenfalls gegeben sein (Weiss, 2004). Die gesamte Arbeitszeit mit Therapieeinheiten zu füllen, kann zu einseitig werden. Pope und Vasquez (2005, S. 17) empfehlen, diese mögliche Monotonie mit anderen Arbeiten abzuwechseln und zu unterrichten, zu beraten, eine Supervisionsgruppe zu leiten oder in Verbänden aktiv zu werden, um damit eine Vielfalt von *Arbeitsformen* zu fördern. Als effektive Selbstfürsorgestrategie empfehlen Norcross und Brown (2000) ebenfalls: „Diversify, diversify, diversify“, und meinen damit, verschiedene *Therapieformen* wie Einzel-, Familien- und Gruppentherapien anzubieten oder verschiedene Aktivitäten auszuüben wie Psychotherapie, Assessments, Forschung, Lehre oder Supervision sowie mit verschiedenen Typen von Patienten und Störungen zu arbeiten.

Hoffmann und Hofmann (2008, S. 148) halten es für wichtig, die Distanzierungsfähigkeit zu erhöhen, die Ermüdung nicht anwachsen zu lassen und Kurzentspannungsphasen wirklich einzuhalten. Es sei auch hilfreich, nach dem Kontakt mit dem Patienten und der Dokumentation sich ganz bewusst davon zu distanzieren und die Aufmerksamkeit auf andere Dinge zu lenken. Termine von Patienten, die hinsichtlich Diagnose und Persönlichkeit eine ähnliche Struktur haben, sollen möglichst nicht aufeinander folgen. Bei all dem ist es wichtig, das Stigma zu reduzieren, dem Hilfesuchende im psychotherapeutischen Beruf ausgesetzt sind, und eine Haltung zu schaffen, die fortdauernde Selbst-

⁷ Achtsamkeit; ein Prinzip der buddhistischer Tradition, in dem es darum geht, von Augenblick zu Augenblick wach und aufmerksam zu sein. Die Kunst der Achtsamkeit ist die Kunst, einfach nur zu sein (Kabat-Zinn, 2007, S. 35)

fürsorge als selbstverständlich betrachtet (Barnett, 2007). Wise (2008) schlägt vor, Berufskolleginnen und -kollegen anzusprechen, auch wenn nicht ausdrücklich um Hilfe gebeten worden ist.

Innerhalb der therapeutischen Tätigkeit

Um innerhalb der therapeutischen Tätigkeit selbstfürsorglich zu handeln, gilt es, Strategien anzuwenden, um in Verbindung zum Patienten zu bleiben und empathisch zu sein, aber auch, sich gleichzeitig selbst emotional zu schützen (Figley, 2002). Reddemann (2005, S. 566) fordert in diesem Zusammenhang, „therapeutische Wege zu finden, die das Schwere leicht machen“, wozu sie in erster Linie ressourcenorientierte Verfahren und ressourcenorientiertes Denken zählt.

Autonom über sich selbst verfügen zu können, Rechte und Pflichten zu beanspruchen und zugleich bedürftig sein zu können, stellt ebenfalls eine Selbstfürsorgestrategie dar. Dies bedeutet im konkreten therapeutischen Geschehen an die Selbstverantwortung und Kompetenz von Patienten anzuknüpfen und davon auszugehen, dass jedes Problem verschiedenartige Lösungen haben kann. Therapeutisches Handeln soll als Förderung von Lösungsentwicklungen gesehen werden. Gleichzeitig soll die Überverantwortlichkeit für den ‚Erfolg‘ in der therapeutischen Arbeit zurückgenommen und akzeptiert werden, dass es manchmal langsam vorangeht, weil Entwicklung solche Phasen braucht. Fehler sollen als Chance zum Lernen angesehen werden, die Lust auf Lernen sollte beibehalten und gleichzeitig bescheiden zugestimmt werden, dass es immer wieder Neues zu lernen gibt. Über dieses gesamte Geschehen soll sich jede Therapeutin selbst Rechenschaft ablegen, in Form von Dokumentation, Tagebüchern und Auszeiten (Brentrup, 2002). Auf sich selbst zu hören, auszuprobieren und ehrlich mit sich selbst zu sein in Bezug auf die Therapeutin-Patienten-Passung, ist ebenfalls wichtig (Pope & Vasquez, 2005, S. 16f). Die Grenzen der fachlichen Kompetenz zu erkennen, bewahrt davor, sich in Gewässer zu begeben, in denen im Grunde genommen nicht geschwommen werden kann (Wise, 2008).

Zur Psychohygiene innerhalb der therapeutischen Tätigkeit gehört auch Kreativität: „Ein Bild, ein Klang, ein Geruch und die dazugehörige Imagination machen die Arbeit lebendiger und leichter“. Diese in sich zu entdecken und deren Entdeckung bei den Patienten ebenfalls zu fördern, empfiehlt Reddemann (2003).

Selbstfürsorge innerhalb der therapeutischen Tätigkeit verlangt nach Ausbildung (Reddemann, 2003), ständiger Fortbildung (Wise, 2008) und Selbsterfahrung, auch im Bereich eigener Traumata (Reddemann, 2003). Reimer und Jurkat (2001) diskutieren in diesem Zusammenhang, ob die ständige Arbeit in einem „Beziehungsgeflecht komplizierter Subjektivität“ nicht danach verlange, dass Psychotherapeutinnen in bestimmten Zeitabständen ihre Selbsterfahrung ergänzen, sozusagen eine Selbsterfahrung „nach Abschluss in Tranchen“. Die Autoren sind der Meinung, dies würde die eigene Psycho-

hygiene im Sinne einer präventiven Wirkung fördern und könne damit auch als ein möglicher Aspekt von Qualitätssicherung psychotherapeutischer Arbeit gesehen werden.

Ausserhalb der therapeutischen Tätigkeit

Die Arbeit am Arbeitsplatz zu lassen und aufzuhören, über seine Patienten nachzudenken, sobald man sich auf den Nachhauseweg macht, bedeutet, ausserhalb der therapeutischen Tätigkeit mit der Selbstfürsorge zu beginnen (Figley, 2002). Der Umgang mit Patienten soll auf die Arbeitstätigkeit beschränkt bleiben und keinesfalls, so Reimer (2005, S. 99), als wesentlicher Inhalt des Lebenssinns angesehen werden. Er betont die Pflege und Förderung nichtberufsbezogener Aktivitäten, von Hobbys und anderen Leidenschaften. Insgesamt geht es, gemäss Hoffmann und Hofmann, darum, an der „Bilanz der seelischen Kräfte zu arbeiten“, was heisst, die Ausgaben zu reduzieren und die Einnahmen zu steigern (2008, S. 151).

Nachhaltige Selbstfürsorge schafft Zeit und Raum für Positives. Im Verlauf der Woche sollte die Trennung von Arbeit und Freizeit ausgleichenden Charakter bekommen und eine langfristige Planung von Ferien oder langfristigen Entwicklungen sollte die aktuellen Belastungen relativieren helfen (Brentrup, 2002). Dabei ist die Qualität wichtiger als die Quantität (Grafanaki et al., 2005). Entscheidend ist das aktive Schaffen von Gegengewichten, die Regeneration und Erholung fördern und ein „Leben aus ‚erster Hand‘, mit eigenen Erfahrungen“ ermöglichen (Brentrup, 2002). Ferner wird empfohlen, an Tagen, an denen es nicht notwendig ist, erreichbar zu sein, alle elektronischen Geräte auszuschalten (Barnett, 2009).

Unterstützende Beziehungen korrelieren, gemäss einer Studie von Norcross und Brown (2000), positiv mit effektiver Selbstfürsorge. Das können ‚Peer Groups‘, Liebesbeziehungen oder enge Freundschaften sein. Reimer & Jurkat (2001) sind der Ansicht, dass Therapeutinnen den Gefahren ihrer anspruchsvollen Arbeit vorbeugen können, wenn sie sich um die Organisation eines guten, zufriedenstellenden Privatlebens mit Partnern und Freunden bemühen. Das bedeute, dass sie selbst aktiv für ihre Lebensqualität sorgen müssen. Ein soziales Unterstützungsnetz und Freundschaften zu pflegen, die nichts mit dem Beruf zu tun haben, gilt als zentral (Barnett, 2009; Stevanovic & Rupert, 2004; Reddemann, 2000).

Wie alle Menschen müssen Therapeutinnen die Balance finden zwischen der Zeit, die sie mit anderen verbringen, und der Zeit, die sie alleine verbringen. Die Zeit mit sich selbst ermöglicht, einfach zu *sein* anstelle von zu tun oder in Beziehung mit jemandem zu sein. Diese Zeit ermöglicht, in sich selbst hinein zu fühlen, hinzuhören und sich selbst zu hören. Gelingt dies zu verschiedenen Zeiten am Tag, ist dies eine wertvolle Selbstfürsorgestrategie (Baker, 2003, S. 62f.). Genügend Zeit für Meditation, Gebete oder andere spirituelle oder religiöse Praktiken kann ebenfalls eine wichtige Selbstfür-

sorgestrategie sein (Sori, Biank & Helmeke, 2006; Reddemann, 2000). Nährende Aktivitäten seien auch lesen, Gedichte schreiben, durch die Wälder wandern, Musik hören oder Musik machen (Pope & Vasquez, 2005, S. 17).

Reddemann (2005, S. 567), die sich mit Selbstfürsorge bei Psychotherapeutinnen intensiv auseinandergesetzt hat, weist auch auf den guten Aspekt des Alters hin: „Ich genieße es, 60 Jahre alt zu sein und jeden Tag älter zu werden. Der Vorteil des Alters scheint mir, dass ich es niemand und keiner Schule mehr recht zu machen brauche, das fiel mir früher nicht so leicht. Ich betrachte mein Leben als ein kostbares Geschenk.“ Reddemann nutzt ihre Umgebung als Erholungsquelle, indem sie sich im Alltag mit schönen Gegenständen und vielen Blumen umgibt, mit Dingen, die ihr Herz erfreuen, und mit Geselligkeit, die Lachen in ihr Leben hineinbringt (2005, S. 566).

2.5 Gefahren mangelnder Selbstfürsorge

Wird die Selbstfürsorge behindert, beeinflusst dies auch die Fremdfürsorge. Reddemann (2005, S. 565) bringt hier den Begriff „Containing“⁸ ins Spiel, ein ihrer Meinung nach „völlig überdehnter Begriff“, genauso wie die Vorstellung, dass es zu einer guten Therapie gehöre, „alle Scheusslichkeiten, die Patienten an uns herantragen, in uns zu behalten“. Sie ist der Meinung, die Dinge vorübergehend anzunehmen, dann aber wieder zu verabschieden und loszulassen, sei besser, als „nach und nach zwangsläufig immer mehr zum ‚Mülleimer‘“ zu werden.

Überhöhte Ansprüche an die eigene Person sind Fehlhaltungen und können durch unreflektierte Heilungsansprüche, durch zu hohe Ambitionen bezüglich der individuellen Therapie, durch unrealistische Zielsetzungen für die Einzelsitzung und durch unrealistische Ansprüche an das eigene Verhalten entstehen (Hoffman & Hofmann, 2005, S. 56f). Genauso hinderlich ist die Überzeugung, dass Leiden nur durch ebenso grosses Leiden geheilt werden kann (Reddemann, 2005, S. 565).

Dass Belastungen durch den Beruf auftreten können, belegt schon die Literatur (Kap. 1.3.1) und auch zahlreiche Studien weisen darauf hin, dass die Vernachlässigung der Selbstfürsorge oft zerstörerische Konsequenzen für die Therapeutinnen und ihre Arbeit haben (Pope & Vasquez, 2005, S. 13). Psychotherapeutinnen, die Raubbau an ihren Ressourcen betreiben, tragen ein erhöhtes Risiko, an Burnout, Depressionen und Ängsten zu erkranken, ihre beruflichen Aufgaben und Pflichten zu vernachlässigen und ihre Berufsfähigkeit einzubüssen. Sie verlieren an Objektivität, überschreiten Grenzen, machen Fehler, verlieren das Interesse an ihren Patienten und vernachlässigen ihre Weiter-

⁸ Containing und Holding; Vorstellung, dass entweder die Mutter oder die Therapeutin das Wachstum unterstützt und die Ängste lindert indem wie ein „Container“ gehandelt oder ein „Holding environment“ bereitgestellt wird (APA, Dictionary of Psychology, 2007, S. 223)

bildung und ihr Privatleben. Kurz: Sie gefährden sich und andere und verletzen damit die ethischen Grundsätze ihrer Profession (Smith & Moss, 2009). Die besonderen Umstände und die daraus resultierenden Gefahren, die die Psychotherapie als Beruf mit sich bringen, umschreibt von Rad folgendermassen (1997, S. 37):

„Es ist meine Überzeugung, dass „Psychotherapie als Beruf“ eine besondere Verführung und einen spezifischen Sog enthält, die schützenden Konturen des „eigenen Lebens“ zugunsten einer schleichenden Vermischung mit der uns anvertrauten, inneren und äusseren Ereignisszenerie unserer Patienten langsam zu verlieren. (...) Meinem Eindruck nach bewegen sich deshalb nicht wenige Psychotherapeuten in einer persönlichen Wirklichkeit, deren emotionaler Haushalt und deren Erlebniswelt den fremdgespeisten, geliehenen Charakter ihres Lebens deutlich erkennen lässt. Ohne den Schutz eines eigenen Wurzelgrundes, der die unvermeidliche Distanz zum anderen erträglich und fruchtbar macht, leben sie immer mehr „second hand“ – und sind so in hoher Gefahr, sich selbst in fremde Leben zu verlieren. Die Folgen, das muss ich Ihnen nicht ausführen, sind für beide Seiten verheerend“.

Überforderung und Stress kann sich dahingehend äussern, dass Therapeutinnen beginnen, über ihre Patienten in einer erniedrigenden, respektlosen Art zu sprechen. Sie klagen über sie und können wertend und kritisch werden, wahren sie ihre Empathie und Freundlichkeit verlieren. Gleichzeitig beginnen überforderte und gestresste Therapeutinnen, ihre Arbeit zu trivialisieren, sie werden übermässig selbstkritisch und sehen ihre Arbeit als leer und bedeutungslos an. Wenn die Arbeit nicht mehr dieselbe Befriedigung bringt, kann es aber auch sein, dass sich Therapeutinnen mit noch mehr Arbeit eindenken, um nicht über das eigene Leben reflektieren zu müssen und sich nicht darüber bewusst werden zu müssen, wie leer, demoralisiert oder schlecht es ihnen eigentlich geht. Ohne Selbstfürsorge kann der Beruf als Quelle der Aufregung, Freude, des Wachstums und der Erfüllung versiegen (Pope & Vasquez, 2005, S. 14f).

Psychische Folgen können sich auch in hilflos-depressiv-ohnmächtig-resignativer Stimmung manifestieren, was sich in Gegenübertragungsreaktionen auswirken kann, die wiederum die Qualität der therapeutischen Arbeit mindern können (Reimer, 2005, S. 96). Zahlreiche Psychologinnen berichteten in einer Studie von Norcross und Guy (2007) von persönlichen Erfahrungen während ihrer beruflichen Laufbahn mit Burnout, Substanzabusus, Ängsten oder Depressionen in einem bereits die Arbeitstätigkeit störenden Grad.

2.6 Berufsanfängerinnen als besondere Risikogruppe

Das Thema der Selbstfürsorge ernst zu nehmen, ist besonders für Personen in Ausbildung wichtig (Barnett & Cooper, 2009). Viele fundierte Hinweise belegen die Anfälligkeit von beruflichem Stress bei jüngeren und neueren Fachkräften in helfenden Berufen (Vredenburg et al., 1999; zit. nach Shapiro, Brown & Biegel, 2007; Skovholt &

Rønnestad, 2003). Eine Untersuchung von Psychologinnen während ihrer dreijährigen Ausbildung zeigte, dass sie mit Problemen der Anpassung an ihre Arbeit, mit Depressionen und interpersonellen Schwierigkeiten zu kämpfen hatten. Bedeutende Konflikte wurden besonders zwischen dem ersten und dem zweiten Jahr gefunden (Kuyken, Peters, Power, Lavender & Rabe-Hesketh, 2000).

Schmidbauer erklärt die erhöhten Schwierigkeiten damit, dass die Auseinandersetzung mit den während der Ausbildung erworbenen Idealvorstellungen zu Beginn der beruflichen Entwicklung im Vordergrund steht. Dies würde dazu führen, dass junge Therapeutinnen versuchen würden, sich einer strengen Disziplin zu unterwerfen und im Verhalten gegenüber Patienten zu überlegen, ob das eigene Verhalten nun der beruflichen Aufgabe entspreche oder ob es persönlich, privat und daher der Situation unangemessen sei. Vor allem plage zu Beginn die Furcht, nicht genügend ernst genommen zu werden. Gerade Anfängerinnen fühlen sich leicht angegriffen und die Bestrebungen der Patienten, mit ihnen zusammenzuarbeiten, werden von ihnen unterschätzt (2005, S. 379).

Selbstfürsorge auf beruflicher und Organisationsstruktur-Ebene ist für Anfängerinnen speziell wichtig, weil sich die berufliche Individuation gerade bei Berufsbeginn zu entwickeln beginnt (Wong, 2008). Entsprechend sollte Selbstfürsorge von Beginn an gelehrt und gelernt werden und fester Bestandteil in Ausbildungsprogrammen und Supervisionen sein. Es wird auch empfohlen, Selbstfürsorgestrategien zu entwickeln, bevor eine eigene Praxis eröffnet wird, und diese zu einem elementaren Teil des beruflichen Lebens zu machen (Pope & Vasquez, 2005, S. 13). Weiter sollte eine ‚Kultur der Selbstfürsorge‘ gepflegt werden und angehende Psychologinnen auf berufliche und persönliche Risiken der Berufsausübung (Barnett & Cooper, 2009) auf Signale, Prävention, Interventionen, Stressreduktionsmöglichkeiten und berufliche Beeinträchtigungen auf individueller und beruflicher Ebene hingewiesen werden (Smith & Moss, 2009).

Dem gegenüber seien an dieser Stelle erfahrene Therapeutinnen genannt, deren Zufriedenheit, besonders wenn sie schon über zehn Jahre gearbeitet haben, anhaltend sein soll. Es wird vermutet, dass dies aufgrund eines gewachsenen Vertrauens sei, aber vielleicht auch, weil erfahrene Therapeutinnen gelernt haben, die Stressfaktoren zu minimieren oder ganz zu vermeiden (Norcross & Guy, 2007, S. 19).

3. Das Messinstrument

Die Erfassung eines proaktiven Selbstfürsorgeverhaltens stellt insofern eine Herausforderung dar, dass Selbstfürsorgestrategien individuell ausgestaltet sein können und aufgrund unterschiedlich vorhandener Ressourcen und Coping-Strategien unterschiedlich dringlich sind. Da weder nur die persönlichen Ressourcen mit dem *Ferus* (Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten, Jack, 2007), noch der Umgang mit Stress mit dem *Stressverarbeitungsfragebogen* (Erdmann & Janke, 2008) oder die Coping-Strategien mit dem *Coping-Inventory for Stressful Situations* (Endler & Parker, 1990) gemessen werden sollten, wurde von der Verwendung dieser Instrumente abgesehen. Im Zusammenhang mit dem Selbstfürsorgeverhalten interessierte die Erfassung eines *proaktiven* Verhaltens, dessen Fokus auf der Gesundheit liegt, die über die ausschliesslich körperliche Gesundheit hinausgeht.

Mit dem ‚Five Factor Wellness Inventory‘ (5F-WEL; Myers & Sweeney, 2005) wurde ein Instrument gewählt, das ein proaktives Gesundheitsverhalten misst und Wohlbefinden als „Prozess in Richtung einer Optimierung“ sieht. Dabei stützten sich die Autoren auf die Definition der WHO (World Health Organization, 1946), die „Gesundheit als Kontinuum“ definiert, bei der die neutrale Mitte ‚gesund‘ bedeutet (Myers, persönliche Mitteilung, Mai 2010). Das Gesundheitsverhalten, das mit dem Instrument gemessen wird, bringt einen Wert an ‚Wohlbefinden‘ hervor und wird ganzheitlich gesehen. Im nächsten Kapitel wird genauer auf diese Definition eingegangen.

Da es sich beim ‚Five Factor Wellness Inventory‘ (5F-WEL) um ein amerikanisches Instrument handelt, wurde es für die vorliegende Untersuchung erstmals in die deutsche Sprache übersetzt, was im Kapitel 6 ausführlich erläutert wird. Der Fragebogen wird im Folgenden detailliert dargestellt.

3.1 Erläuterungen zentraler Begriffe

Aufgrund von kulturellen Unterschieden und der Adaptation des Tests an die deutsche Sprache werden vorgängig zentrale Begriffe erläutert, um semantische und kulturelle Unterschiede zu klären, diese in Bezug zu psychologischen Konstrukten zu setzen und darzulegen, wie diese Begriffe von den Autoren verstanden und benutzt werden.

Wohlbefinden (engl.: Wellness)

Der zentrale Begriff des Fragebogens, *Wohlbefinden (Wellness)*, wird von den Autoren Myers und Sweeney, basierend auf der Definition der WHO (1946), als Prozess gesehen, der eine „positive Entwicklung Richtung optimaler Gesundheit“ anstrebt. Vom neutralen Zustand ‚gesund‘ ausgehend, setzen sie das bestehende Wohlbefinden in Be-

zug zu einem Optimum. Gesundheit und Wohlbefinden, wie sie diese Begriffe verstanden haben möchten, integrieren Körper, Seele und Geist, um das Leben in vollem Umfang innerhalb der Gesellschaft und der Natur zu leben. Diese Integration von Körper, Seele und Geist zu einer Ganzheit – respektive die nie dagewesene Teilung – entstammt der Theorie von Adler (Kap. 3.2.1). Im Idealfall ist *Wohlbefinden* der optimale Zustand von Gesundheit und Wohlergehen, der ein Mensch erreichen kann (Myers, Sweeney & Witmer, 2000b, S. 252). Myers und Sweeney weisen auch auf das moderne Verständnis von *Wohlbefinden* hin, das weitgehend als dynamischer und nicht als statischer Prozess gesehen werde (Myers & Sweeney, 2005). Erwähnt sei an dieser Stelle die Kritik, die dem Wohlbefinden-Begriff in der Forschung entgegengebracht wird. Der strittige Punkt hierbei ist, dass weder eine einheitliche Definition des Begriffs besteht, noch eine einheitliche dimensionale Struktur des Konstrukts. Deshalb gelten quantitative Instrumente eher als kritisch. Die meisten Instrumente basieren auf konzeptionellen Ideen, wohingegen das evidenzbasierte IS-WEL-Model von Myers und Sweeney (Kap. 3.2.2) auf empirischer Forschung aufbaut. Deshalb und aufgrund seiner psychometrischen Eigenschaften hat es in der Literatur mehr Beachtung gefunden (Roscoe, 2009).

Spiritualität (engl.: Spirituality)

„Wir sind nicht Menschen mit spirituellen Erfahrungen, sondern spirituelle Wesen mit menschlichen Erfahrungen“ (Myers & Sweeney, 2005, S. 197). Aus dieser Perspektive ist der Weg eines spirituellen Lebens nicht ein Aufsteigen, sondern ein Hinabsteigen in den Bereich des wahren ‚Selbst‘ (*engl.: self*), so die Autoren. Bei der Erläuterung des Begriffs *Spiritualität* stützen sich Myers und Sweeney (2005, S. 169) auf eine Auslegung von Chandler et al. (1992) die erläutern, Spiritualität beziehe sich auf „die angebotene Kapazität und Tendenz, den momentan Ort der Zentrizität zu überschreiten, was erhöhtes Wissen und Liebe“ ermögliche. Myers und Sweeney sehen *Spiritualität* deshalb als Kern des Wohlbefindens und von allen anderen Aspekten von Wohlbefinden untrennbar (Myers, Sweeney & Witmer, 2000b; zit. nach Myers & Sweeney; Myers & Sweeney, S. 197).

Im psychologischen Arbeitsfeld besteht, gemäss den Autoren, ein typisches Missverständnis in diesem Begriff, das darin bestehe, Spiritualität nur durch einen *translativen*⁹ Zweck zu definieren. Die translative Dimension von Spiritualität, wie sie von vielen psychologisch Arbeitenden verstanden wird, beinhaltet Glauben, Glaubensbekenntnisse und deren Praktizieren. Dies helfe, in einer schwierigen Welt Sinn zu finden. Myers und Sweeney hingegen zitieren Wilber (1999), der Spiritualität (oder Religion) so definiert, dass diese auch dem *transformativen* Ziel diene, nämlich das Ego zu überschreiten.

⁹ Translativ: eine bestimmte *Richtung* angebender Kasus in den finnougriischen Sprachen (z.B. finn. Taloksi = zum Haus [hin], Brockhaus, 2007, S. 3428)

Während gemäss Wilber (2000) der translative Zweck darin bestehe, das separierte ‚Selbst‘ zu *verstärken*, liege der transformative Zweck darin, das separierte Selbst und Ereignis *aufzulösen* (Myers & Sweeney, 2005). Die Interpretation für die Skala *Spiritualität* wird in der Interpretationsdokumentation des Manuals des 5F-WEL wie folgt erklärt:

„Persönliche Überzeugungen und Verhaltensweisen, die als Teil der Erkenntnis, dass wir mehr als der materielle Aspekt des Geistes und des Körpers sind, praktiziert werden. Dimensionen beinhalten den Glauben an eine höhere Macht; Hoffnung und Optimismus, Verehrung (Gottesdienste), Gebet und/oder Meditation; Zweck des Lebens, Liebe (Mitgefühl für andere); moralische Werte; Transzendenz; ein Gefühl der Einheit mit dem Universum.“

Mit Spiritualität sind im vorliegenden Instrument entsprechend drei Aspekte gemeint: spirituelle Überzeugungen, Praktiken und Erfahrungen sowie die Beziehungen zwischen den zwei Aspekten.

3.2 Theoretische Basis des Five Factor Wellness Inventory

3.2.1 Adlers Individualpsychologie als dem Modell zugrundeliegend

Adler lehrte, dass Individuen Körper, Seele und Geist seien, und nannte diese Einheit das *Selbst* – unteilbar, einmalig, kreativ und zielgerichtet. *Ganzheitlichkeit*, was mit dieser Einheit gemeint ist, und *Zielgerichtetheit*, die die Frage nach dem *Wohin*, anstelle nach dem *Woher* innehat, sind nach seiner Theorie zentrale Aspekte im menschlichen Verhalten. Er betonte das Ganze anstelle von einzelnen Elementen und die Interaktion derselben, wie auch den sozialen Kontakt. Jeder Aspekt des *Selbst*, ob gut oder schlecht, beeinflusst in einer ganzheitlichen Interaktion die anderen Aspekte. Deswegen sei es wichtig, reziproke Wirkungen der Seele auf den Körper zu suchen und sich diesen anzunehmen (Adler, 1937; 2005, S. 255). Adlers Theorie wird als Individualpsychologie bezeichnet, zu deren zentralen Ideen neben den bereits erläuterten das *Gemeinschaftsgefühl* gehört, das entsteht, wenn das Geltungsstreben in den Dienst der Gemeinschaft gestellt wird. Auch machte er den Begriff *Minderwertigkeitsgefühl* populär, da für ihn Menschsein bedeutete, „sich minderwertig zu fühlen“ (Schlüter, 2007, S. 51). Auf eine weitere Erläuterung seiner Theorie wird in dieser Arbeit jedoch verzichtet. Der Begriff *Selbst* wird gemäss Adlers Definition verwendet und nicht in Bezug zum psychologischen Verständnis verortet.

3.2.2 Das Modell des Unteilbaren Selbst

Das Modell der Ganzheitlichkeit, wie Adler sie vertrat, bildete die Basis für das Instrument. Um Korrelationen von Gesundheit, Lebensqualität und Langlebigkeit zu identifizieren, führten Sweeney und Witmer (1991) und Witmer und Sweeney (1992) interdisziplinäre Studien durch. Sie legten auf der theoretischen Basis der Individualpsychologie 12 Komponenten von Wohlbefinden fest, die sie in einem Modell als Rad darstellten. Dieses Modell wurde aufgrund ihrer Forschungsergebnisse daraufhin auf 17 Komponenten erweitert, welche die Basis für das neue *Wheel of Wellness* (Anhang 14.1) bildeten. Damit hatten sie die Komponenten, die mit kontextuellen und globalen Kräften interagieren und das ganzheitliche Wohlbefinden beeinflussen, bestimmt. Spiritualität bildet dabei das Zentrum des Rades und bezieht sich auf ‚Sinn‘ und ‚Zweck im Leben‘. Umgeben ist dieses Zentrum von 12 Radspeichen: Wertgefühl (engl.: sense of worth), Kontrolle, realistische Überzeugungen, emotionale Achtsamkeit und Bewältigung (engl.: coping), Problemlösung und Kreativität, Humor, Ernährung, Bewegung, Selbstfürsorge, Stressmanagement, Gender Identität¹⁰ und kulturelle Identität. Diese Radspeichen im *Wheel of Wellness* helfen dem ‚Selbst‘, sich zu regulieren oder die Richtung zu weisen, so wie die Lebensaufgaben von Arbeit und Freizeit, Freundschaft, Liebe und Spiritualität in der Theorie von Adler verstanden werden.

Das Modell wurde von den Autoren während Jahren eingesetzt, bevor sie die Entwicklung eines Manuals und entsprechender Normen vorantrieben. Diese Studien führten zur Entwicklung eines neuen Modells von Wohlbefinden, das evidenzbasierte *Indivisible Self Model*, das *Modell des Unteilbaren Selbst* (Abb. 1). In diesem Modell stehen die Prinzipien Ganzheitlichkeit und Zielgerichtetheit von Adler in Einklang und das *Selbst* wird als Zentrum und unteilbare Basis von Wohlbefinden gesehen. Die Basis wird durch den übergeordneten Faktor *Wohlbefinden (Wellness)* dargestellt. Dem Faktor *Wohlbefinden* sind fünf weitere Faktoren auf zweiter Ebene zugeordnet, das *Kreative Selbst*, das *Coping Selbst*, das *Soziale Selbst*, das *Essentielle Selbst* und das *Körperliche Selbst*. Basierend auf der Grundannahme der Ganzheitlichkeit wird davon ausgegangen, dass die Aufmerksamkeit auf *einen* Aspekt der Gesundheit zu besserem gesundheitlichen Funktionieren generell beiträgt. Gleichzeitig kann Wohlbefinden ohne zielgerichtetes, bewusstes Entscheiden nicht erreicht werden (Myers & Sweeney, 2005, S. 13).

¹⁰ Gender: gesellschaftlich-soziale Implikation der biologischen Geschlechtszugehörigkeit (Lexikon der Psychologie, 2001, S. 115).

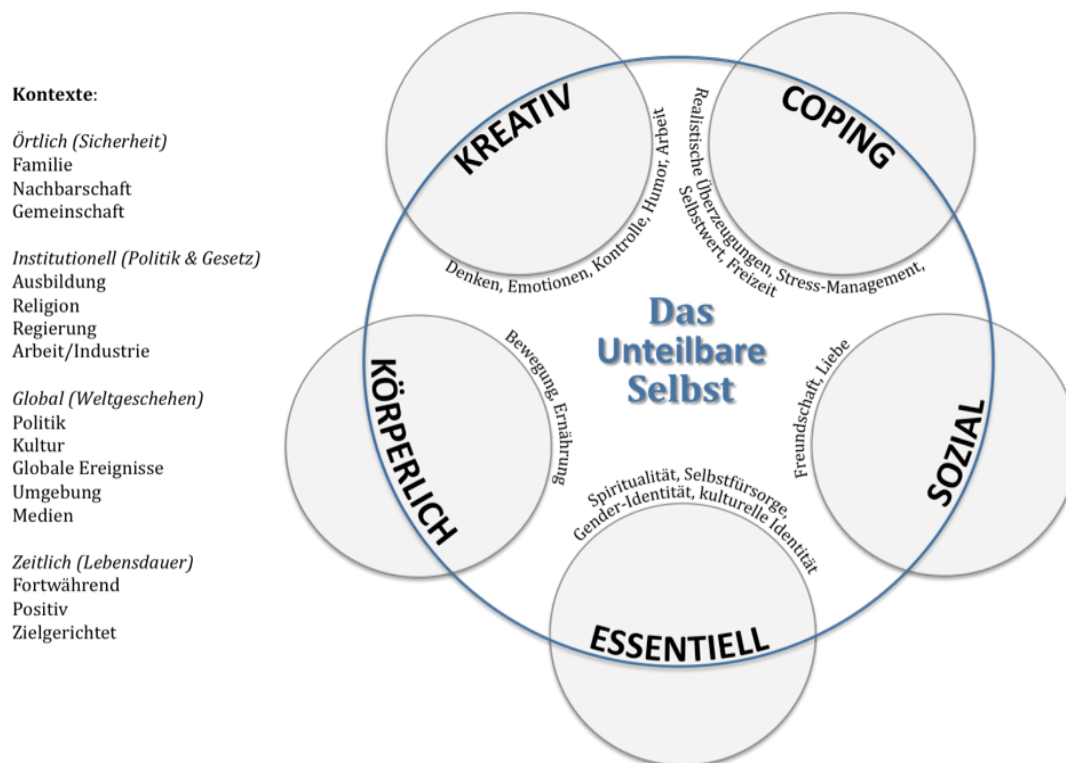


Abbildung 1: Modell des Unteilbaren Selbst, (IS-WEL-Modell), Myers & Sweeney, 2003 (Ü.d.A.)

3.2.3 Beschreibung des Fragebogens

Der *Five Factor Wellness Inventory*, nachfolgend auch 5F-WEL genannt, wird eingesetzt, um das eigene Wohlbefinden in verschiedenen Bereichen zu überprüfen und dadurch die Möglichkeit zu haben, sich für eine gesündere Lebensführung zu entscheiden, die eine bessere Lebensqualität, Glück, Zufriedenheit und Langlebigkeit verspricht. Er steht daher Menschen mit persönlichem Interesse an einem ganzheitlichen Wohlbefinden zur Verfügung, wie auch Menschen, bei denen das Gesundheitsverhalten erhoben und allenfalls evaluiert oder interpersonell verglichen werden soll (Myers & Sweeney, 2005, S. 13f).

Der 5F-WEL erfasst die Faktoren des *Modells des Unteilbaren Selbst*: Der übergeordnete Faktor *Wohlbefinden*, fünf Faktoren auf zweiter Ebene (das *Kreative Selbst*, das *Coping Selbst*, das *Soziale Selbst*, das *Essentielle Selbst* und das *Körperliche Selbst*) sowie 17 einzelne Skalen auf dritter Ebene. Diese Skalen werden mittels 73 Items gemessen. Die meisten Dimensionen des Fragebogens enthalten vier bis sechs Items. Zusätzliche 16 Items messen die vier Kontextdimensionen (Örtlich, Institutionell, Global und Zeit-

lich), welche jedoch noch experimental sind, und ein einzelnes Item misst die subjektiv wahrgenommene Lebenszufriedenheit. Die Antworten werden auf einer 4-Punkt-Likert-Skala erfasst mit den Antwortmöglichkeiten „Stimme sehr zu“, „Stimme zu“, „Stimme nicht zu“, „Stimme gar nicht zu“, wie im folgenden Beispiel:

20. Falls es die Umstände erfordern, kann ich die Zügel in die Hand nehmen und handeln.							
Stimme sehr zu	<input type="checkbox"/>	Stimme zu	<input type="checkbox"/>	Stimme nicht zu	<input type="checkbox"/>	Stimme gar nicht zu	<input type="checkbox"/>

Abbildung 2: Beispiel-Item des 5F-WEL-A-G

Da die Entwickler des Instruments in ihren Untersuchungen trotz fehlender neutraler Antwortmöglichkeit keine reduzierte Item- oder Dimensionsvarianz aufdeckten, wurde in der aktuellen Version darauf verzichtet. Die fünf Faktoren der zweiten Ebene, die Skalen der dritten Ebene sowie der übergeordnete Faktor *Wohlbefinden Total* wurden mittels exploratorischer und konfirmatorischer Faktorenanalyse ermittelt. Beim 5F-WEL handelt es sich um ein Instrument zur Selbsteinschätzung, das ein subjektives Empfinden misst. Die durchschnittlich benötigte Durchführungszeit liegt zwischen 10 und 20 Minuten. Es wird bei Einzelpersonen wie auch bei Gruppen eingesetzt. Neben der Version für Erwachsene (5F-WEL-A) gibt es auch eine für Jugendliche (5F-WEL-T) und eine für Kinder (5F-WEL-K). Die Normen des Tests basieren auf einer amerikanischen Stichprobe von $N = 3'343$. Verglichen mit der amerikanischen Grundgesamtheit sind einige Abweichungen zu verzeichnen: Männer sind unterrepräsentiert, überdurchschnittlich viele Männer sind Doktoranden und die verschiedenen Ethnien sind im Vergleich mit der amerikanischen Grundgesamtheit nicht repräsentativ verteilt. Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen kann ein Normenvergleich vorgenommen werden. In erster Linie jedoch werden die Ergebnisse der einzelnen Faktoren hinsichtlich des Optimums von Wohlbefinden interpretiert. Der Fragebogen wurde bis zum heutigen Zeitpunkt in Hebräisch, Koreanisch, Türkisch, Spanisch, Arabisch, Chinesisch und Litauisch übersetzt. Die deutsch adaptierte Version wird 5F-WEL-A-G (G = german) abgekürzt. Aufgrund des Copyrights wird anstelle des ganzen Fragebogens nur eine Auswahl an Fragen aus dem Instrument im Anhang (14.2) aufgeführt.

3.3 Skalen des Five Factor Wellness Inventory

Worin die Bedeutungen der einzelnen Faktoren des Fragebogens liegen, wird im Folgenden, basierend auf der Theorie von Myers und Sweeney (2005), erläutert. Die hierarchische Struktur des Instruments ist auf der darauffolgenden Abbildung 3 graphisch dargestellt.

3.3.1 Das Wohlbefinden als übergeordnete Ebene (*Higher Order Factor*)

Adlers essentielles, philosophisches Fundament war, der Mensch sei „mehr als die Summe seiner Teile“ und könne nicht aufgeteilt werden. Diese Ganzheitlichkeit sollte im übergeordneten Faktor *Wohlbefinden* des Fragebogens repräsentiert werden. Die Summe aller Items im Fragebogen bildet entsprechend den übergeordneten Faktor *Wohlbefinden*.

3.3.2 Die Faktoren der zweiten Ebene (*2nd-Order-Factors*)

Die fünf Faktoren der *zweiten Ebene* werden aus den Komponenten der dritten Ebene gebildet:

Das Kreative Selbst

Fünf Komponenten der dritten Ebene bilden den Faktor *Kreatives Selbst*:

Denken, Emotionen, Kontrolle, Humor und Arbeit.

Jeder Mensch formt in sich eine Kombination von Eigenschaften, um seinen einzigartigen Platz unter anderen oder in sozialen Interaktionen zu haben oder um die Welt zu interpretieren. Myers und Sweeney beziehen sich auf Forschungsergebnisse und ihre klinische Erfahrung, die besagen, dass unsere Emotionen wie auch unser Körper von dem beeinflusst wird, was wir denken. Gleichsam beeinflussen emotionale Erfahrungen unsere kognitiven Reaktionen wechselwirkend auf nachfolgend ähnlich wahrgenommene Erlebnisse.

Das Coping Selbst

Das bewältigende oder *Coping Selbst* besteht aus vier Komponenten der dritten Ebene:

Realistische Überzeugungen, Stress-Management, Selbstwert und Freizeitaktivitäten.

Irrationale Überzeugungen sind die Quelle von vielen Frustrationen und Enttäuschungen. Die irrationale Vorstellung loszulassen, perfekt sein zu müssen, ist eine Möglichkeit, Stress zu reduzieren oder mit ihm umzugehen. Genauso kann der Selbstwert durch die Bewältigung von Herausforderungen gesteigert werden. Freizeit ist essentiell für das Wohlergehen und für eine kontinuierliche Entwicklung. Sich selbst in einer Aktivität zu vergessen, so dass die Zeit still zu stehen scheint, hilft, einerseits Stress zu bewältigen und andererseits die Anforderungen des Lebens zu transzendieren. Freizeit ermöglicht Wachstum in kreativen und spirituellen Dimensionen und baut dadurch eine starke Verbindung zwischen den einzelnen *Selbst* oder *Faktoren* der zweiten Stufe. Das *Coping Selbst* besteht aus Elementen, die die Reaktionen auf Lebensereignisse regulieren, und stellt ein Mittel dar, um deren negative Effekte zu transzendieren.

Das Soziale Selbst

Das *Soziale Selbst* beinhaltet die beiden Komponenten **Freundschaft** und **Liebe**. Diese existieren auf einem Kontinuum und sind entsprechend in der Praxis nicht klar auseinanderzuhalten. Freundschaft und intime, enge Beziehungen verbessern die Qualität und die Länge des Lebens. Soziale Unterstützung ist der stärkste Prädiktor für psychische Gesundheit über die Lebensspanne. Die Hauptstütze hierbei bildet die Familie. ‚Gesunde‘ Familien stellen die beste Ressource von individuellem Wohlbefinden dar. Dabei sind ‚gesunde‘ Familien entweder biologisch oder selbst gewählt, besonders bei Erwachsenen.

Das Essentielle Selbst

Vier Komponenten bilden das *Essentielle Selbst*:

Spiritualität, Selbstfürsorge, Gender-Identität und **kulturelle Identität**.

Spiritualität hat positive Effekte auf die Langlebigkeit und auf die Qualität des Lebens. Adler stuft diese als zentral für Ganzheitlichkeit und Wohlbefinden ein (vgl. auch Kap. 3.1 und 3.2.1). Sowohl die soziale Gender-Identität wie auch die kulturelle Identität sind Filter, durch welche Lebenserfahrungen gesehen werden. Beide beeinflussen unseren essentiellen Sinnstiftungsprozess in Relation zum Leben, zu uns selbst und zu anderen. Mit der Skala Selbstfürsorge ist hier ausschliesslich die proaktive Bemühung gemeint, lange und gut zu leben. Sie ist nicht identisch mit der für die vorliegende Arbeit verwendeten Definition, die Selbstfürsorge umfassender umschreibt.

Das Körperliche Selbst

Das *Körperliche Selbst* beinhaltet die beiden Komponenten **Bewegung** und **Ernährung**. Die physischen Komponenten von Wohlbefinden werden nach Meinung der Autoren oft auf Kosten anderer Bereiche des ganzheitlichen Wohlbefindens überbetont. Bewegung und Entspannung sind aber für das Wohlbefinden über die ganze Lebensspanne nachweislich zwingend.

Neben den fünf Faktoren wird schliesslich die *Lebenszufriedenheit* als subjektiv wahrgenommene Lebenszufriedenheit mittels einer Frage gemessen.

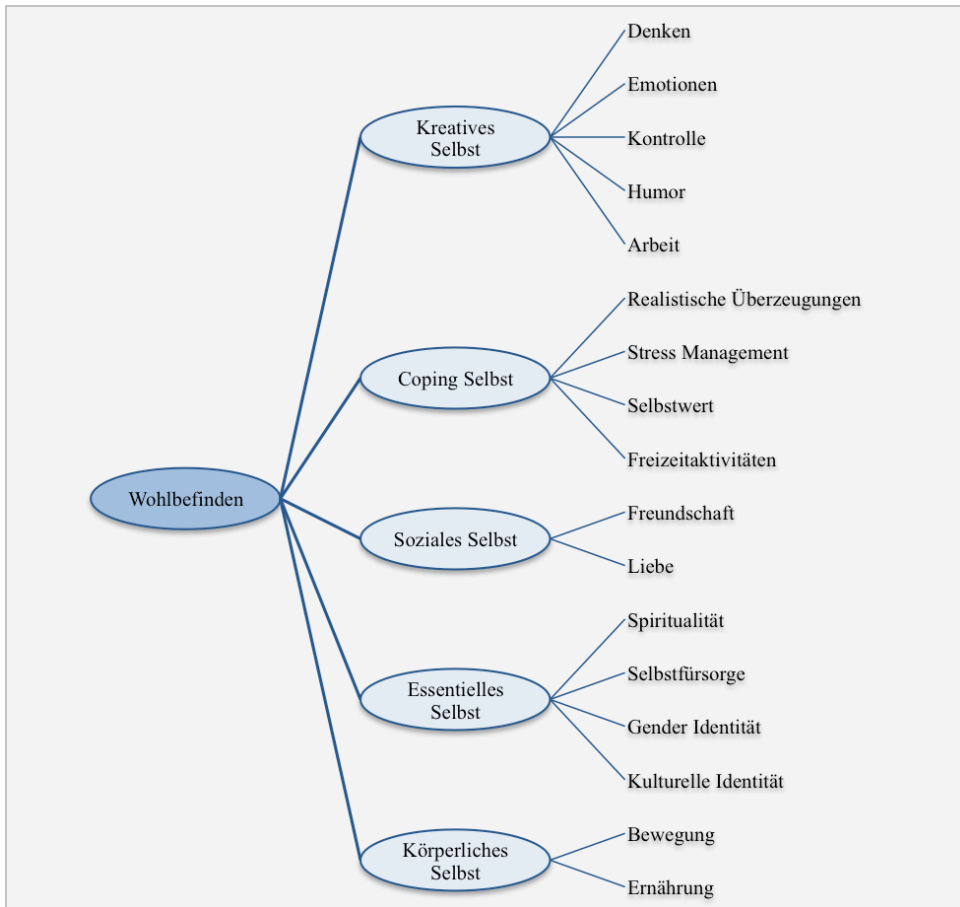


Abbildung 3: Hierarchische Struktur des 5F-WEL (Myers & Sweeney, 2005) Ü.d.A.

3.3.3 Kontextskalen (*Context Scales*)

Menschen funktionieren nicht in Isolation; vielmehr bestätigt sich die Wichtigkeit von Kontext und von Systemen, um Verhalten zu verstehen (z.B. Bronfenbrenner, 1999; Gladding, 2002; Myers & Sweeney, 2005). Ohne die kontextbezogenen oder umgebungsbedingten Situationen und Einflüsse eines Individuums zu kennen, ist es nicht möglich, dieses zu verstehen. Diese können positiv oder negativ auf das individuelle Wohlbefinden einwirken. Das *Unteilbare Selbst* wird von der Aussenwelt beeinflusst und nimmt ebenso Einfluss auf diese. Im *Modell des Unteilbaren Selbst* (IS-WEL-Model) sind vier Kontexte definiert, die für das individuelle Wohlbefinden wichtig sind: *örtlich, institutionell, global* und *zeitlich*. Die Kontextskalen sind noch experimentell.

Örtliche Kontexte

Das Konzept der örtlichen Kontexte ist dem Konzept von Mikrosystemen von Bronfenbrenner ähnlich, die die Beziehungen von Menschen zu anderen Menschen oder Gruppen innerhalb des direkten Umfelds damit beschreibt (2005, S. 54). Die Kontexte beinhalten Interaktionen mit den Systemen, in denen wir am meisten leben: Familie, Nach-

barschaft und Gemeinschaften. Das Thema der persönlichen Sicherheit innerhalb des örtlichen Kontextes ist vorrangig, und wir ziehen uns oft in diesen Kontext zurück, um mit den Herausforderungen und Stressoren des Lebens umgehen zu können.

Institutionelle Kontexte

Dem Makrosystem in der Theorie von Bronfenbrenner ähnlich, womit die allumfassenden Muster der Stabilität in der Gesellschaft gemeint sind (2005, S. 47), sind die institutionellen Kontexte: Ausbildung, Religion, Regierung, Arbeit, Industrie und Medien. Sie haben sowohl direkten wie auch indirekten Einfluss auf unser Leben. Sie können ziemlich einflussreich sein und, falls sie negativ sind, die Assimilierung erschweren. Der Einfluss von politischen Entscheidungen und Gesetzen auf das persönliche Wohlbefinden ist ein wichtiger Teil im institutionellen Kontext.

Globale Kontexte

Politik, Kultur, globales Geschehen und die Aussenwelt sind heutzutage aufgrund des durchgreifenden Einflusses der Medien ersichtlicher. Deshalb ist der Einfluss vom Weltgeschehen auf das persönliche Wohlbefinden das zentrale Konzept in diesem Kontext.

Zeitliche Kontexte

Menschen verändern sich über die Zeit hinweg, teilweise vorhersehbar, gelegentlich aber auch in nicht vorhersehbarer Art. Wohlbefinden schliesst akute und chronische Einwirkungen auf Lebensstil, Verhalten und Entscheidungen über eine individuelle Lebensspanne ein. Myers und Sweeney sind der Meinung, dass die Probleme des Alterns aufgrund von Lebensstil, Verhalten und Entscheidungen entstehen und weitgehend vermeidbar sind. Entsprechend sollen Entscheidungen, die früh im Leben in Bezug auf das Wohlbefinden getroffen worden sind, einen prägenden Effekt auf das spätere Leben haben.

Verhältnis zwischen den einzelnen Komponenten von Wohlbefinden

Jede der Komponenten des *Modells des Unteilbaren Selbst* interagiert mit den anderen, um zu einem ganzheitlichen Funktionieren beizutragen. Gleichsam beeinflusst jeder kontextuelle Bereich das Individuum, wie dies auch in Wechselwirkung geschieht. Die Bedeutsamkeit in diesem Modell liegt in seiner positiven, ganzheitlichen Orientierung, in welcher einzelne Stärken in jeder der Komponenten mobilisiert werden können, um das Funktionieren in anderen Bereichen zu erhöhen und um Defizite und negative Kräfte zu überwinden, welche die Einzigartigkeit eines Individuums bedrücken, erniedrigen oder ablehnen (Myers & Sweeney, 2005).

3.4 Übersicht Forschungsarbeiten mit dem 5F-WEL

Mit dem 5F-WEL wurden bis heute zahlreiche Studien durchgeführt. In der folgenden Tabelle soll eine Auswahl an Untersuchungen einen Überblick verschaffen:

Tabelle 2: Auswahl an Forschungsarbeiten mit dem 5-F-WEL (Myers & Sweeney, 2005)

Autoren	Titel	Variablen	Methode und Teilnehmende	Resultate
Amery (2004) und Brown-Baatjies	Studie zum Wohlbefinden von Pflegefachpersonen in der Onkologie in Kapstadt, Südafrika.	Onkologie Krankenpflege Wohlbefinden	Deskriptiv 30 Pflegefachfrauen	Generell hohes Wohlbefinden. <i>Essentielles Selbst</i> am höchsten; am schlechtesten in <i>realistischen Überzeugungen</i> sowie <i>Ernährung</i> und <i>Bewegung</i> .
Chang (1998)	Die Rolle der Unverwechselbarkeit in der Akkulturation, ethnische Identität, u. Wohlbefinden in koreanisch-amerik. Adoleszenten und jungen Erwachsenen.	Differenzierung Einbezug Akkulturation Assimilation Ethnische Identität Wohlbefinden Demographie	Pearson Korrelationen Multiple Regression 82 Männer und Frauen, zwischen 21 und 62 Jahren	<i>Wohlbefinden</i> und <i>Sinn</i> sagte Job-Zufriedenheit aus, <i>Wohlbefinden</i> als stärkeren Prädiktor; Beziehung zw. Arbeitszufriedenheit und Geschlecht gefunden.
Myers, Luecht und Sweeney (2004)	Die Faktorenstruktur von Wohlbefinden: Wiederholungsuntersuchung des theoretischen und empirischen Modells.	Wohlbefinden Alter Geschlecht Ethnie	SEM MANOVA Pearson Korrelationen 3'993 Erwachsene über die ganze Lebensspanne	Identifikation einer neuen Faktorenstruktur mit vier Faktoren: Körperlich, Mental, Spirituell und Kognitiv-Emotional.
Myers, Mobley, and Booth (2003)	Wohlbefinden von Beraterinnen und Berater in Ausbildung: „Practicing what we preach“.	Variablen des Wohlbefindens	T-Tests MANOVA 3-way ANOVA 263 Absolventen in Weiterbildung zur Psychotherapie; Eintrittsstufe und Doktoranden	Doktoranden zeigen höheres <i>Wohlbefinden</i> ; „non-Caucasian“-Studierende zeigen höhere <i>kulturelle Identität</i> .
Tatar und Myers (2004)	Wohlbefinden von Kindern in Israel und den USA: Eine vorbereitende Untersuchung von kulturellem Wohlbefinden.	Wohlbefinden Alter Geschlecht Ursprungsland	Faktoranalyse MANOVA Pearson Korrelationen T-Tests 240 israelische MittelschülerInnen; 377 Studierende	Unterschiede im Wohlbefinden basierend auf Geschlecht, Alter und Ursprungsland gefunden.

3.5 Grenzen des gewählten Instruments für die Untersuchung

Da Selbstfürsorgestrategien sehr individuell ausgestaltet sein können und je nach persönlichem Coping-Verhalten, Vulnerabilität und persönlicher Disposition variieren, kann mit jedem Test nur ein Ausschnitt davon erfasst werden. Insbesondere bei Psychotherapeutinnen, die verglichen mit einer Normalpopulation Expertinnen in Selbstfürsorge sind, ist davon auszugehen, dass sie sich in ihrer Ausbildung und durch ihre Erfahrung teilweise hochindividuelle Strategien angeeignet haben, wohingegen das Instrument möglichst universell gültige Aussagen anstrebt. Dass diese mittels eines Fragebogens nicht alle erfasst werden können, muss zu Gunsten quantitativ aussagekräftiger Resultate in Kauf genommen werden. Die Grenzen des für diese Untersuchung eingesetzten Instruments finden sich in den kulturellen Unterschieden der darunterliegenden Konstrukte, insbesondere in den zentralen Begriffen von Wohlbefinden und Spiritualität, die verschieden verstanden werden können, aber auch in den Normen, die der amerikanischen Bevölkerung zugrunde liegen. Introspektiven und intrapsychischen Strategien können mit vorliegendem Instrument nur bedingt Rechnung getragen werden. Um den Befragten über den quantitativen Beantwortungsrahmen hinaus die Gelegenheit einer persönlichen Bemerkung zu geben, wurde am Ende des Fragebogens die Möglichkeit einer offenen Antwort geboten. Die wesentlichen Ergebnisse der Antworten sind in Kapitel 8.4 zu finden.

4. Testadaptation

Um eine qualitativ hochwertige Adaptation eines Tests zu gewährleisten, erarbeiteten verschiedene psychologische Organisationen Teststandard-Kompendien, die mehr oder weniger miteinander vergleichbar sind. Die „International Test Commission“ (ITC; Hambleton, 2001) entwickelte Richtlinien mit dem Ziel einer Qualitätssicherung der wissenschaftlichen Kriterien bei der Adaptation eines Tests, die sich „nicht einfach in der Übersetzung von Items erschöpft“ (Moosbrugger & Höfling, 2008, S. 200).

4.1 Standards für die Übersetzung und Adaptation

Kulturelle und sprachliche Unterschiede können die Gütekriterien eines Tests beeinflussen. Welche Faktoren bei der Adaptation eines Testes berücksichtigt werden müssen, wird im Folgenden kurz erläutert.

4.1.1 Konstruktäquivalenz

Voraussetzung für eine Testadaptation ist die Konstruktäquivalenz zwischen beiden Kulturen. Die Frage, ob das Konstrukt, das gemessen wird, dieselbe Bedeutung in der jeweiligen Kultur hat, soll von Psychologinnen und Psychologen der betroffenen Kultur beantwortet werden. Bei aller Sorgfalt bleibt diese Entscheidung subjektiv.

4.1.2 Testdurchführung

Testanweisungen, die nicht klar übersetzt und selbsterklärend sind, können die Validität der Resultate verändern. Bewertungsskalen, die eine innere Haltung ausdrücken, sind nicht in allen Ländern üblich. Testanweisende sollten ausserdem sorgfältig ausgewählt werden. Sie sollten (i) aus der Zielgruppe stammen, (ii) vertraut mit der Kultur, Sprache und Dialekten sein (iii), adäquate Testanweisungs-Fertigkeiten und -Erfahrung besitzen und (iv) die Relevanz von standardisierten Prozeduren kennen. Weiter sollte dem Test-Format Aufmerksamkeit geschenkt werden (z.B. Multiple Choice) und der Geschwindigkeit bei ‚Speed-Tests‘, die von verschiedenen Kulturen unterschiedlich verstanden werden können.

4.1.3 Testdokumentation

Die Testdokumentation sollte ausführlich sein, um die sorgfältige Testwertinterpretation und die zufriedenstellende Validität zu gewährleisten.

4.1.4 Übersetzung, Datenerhebung und statistische Überprüfung

Der Vorgang des Übersetzens trägt wesentlich zur Qualität des Instrumentes bei. Mindestens zwei Übersetzende, die im besten Fall mit beiden (oder allen) Kulturen vertraut sind und über ausgewiesene Kenntnisse über dieselben und über die zu messenden Konstrukte verfügen, sollen eine „optimale Übertragung der Operationalisierungen“ sicherstellen (Moosbrugger & Höfling, 2008, S. 200). Sie sollten ausserdem über Kenntnisse der Testkonstruktion verfügen. Die übersetzte Version wird von einer weiteren Fachperson der ursprünglichen Muttersprache rückübersetzt. Die Originalversion und die Rückübersetzung werden daraufhin miteinander verglichen. Dies unterstützt die Qualität der Übersetzung und bietet die Möglichkeit, wenig präzise gewählte Ausdrücke zu entdecken. Da dies jedoch noch kein genügender Beweis für eine valide Adaptation ist, wird zusätzlich eine Pilotstudie gemacht.

Generell empfiehlt es sich, Wörter und Ausdrücke dem entsprechenden Verständnis der Zielsprache anzupassen. Gewisse Ausdrücke haben kein entsprechendes Äquivalent in

der Zielsprache, manche existieren gar nicht. Auch bei der Auswertung sollte darauf geachtet werden, dass diese der Kultur der Zielgruppe entspricht. Personen, die Tests adaptieren, sollten die linguistischen und kulturellen Unterschiede ausführlich und transparent dokumentieren. Durch die anschließenden statistischen Analysen mit geeigneten Stichproben sollen „empirische Belege für die Konstruktäquivalenz und Validität der adaptierten Version“ erbracht werden (Hambleton, 2001, S. 7; Moosbrugger & Höfling, 2008, S. 200).

II. Empirischer Teil

Am Anfang des empirischen Teils steht die konkrete Fragestellung mit den damit in Zusammenhang stehenden Hypothesen und Unterhypothesen. Danach wird die Testadaptation erläutert und die Untersuchungsmethode erklärt. Nach der Darstellung der Ergebnisse folgt die Diskussion.

5. Fragestellung und Hypothesen

5.1 Fragestellung

Wie stellt sich das Gesundheits- und Selbstfürsorgeverhalten von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Schweiz dar?

5.2 Hypothesen

Hypothesen zur Testadaptation (I)

Da der Auswertungsschlüssel des Fragebogens aus Vertraulichkeitsgründen ausschliesslich der Verfasserin der amerikanischen Originalversion zugänglich bleibt und in der vorliegenden Arbeit nicht publiziert werden darf, wurden die Gütekriterien des erhobenen Datensatzes von der Autorin selbst berechnet. Mit dieser Ausgangslage wird die übersetzte, deutsche Version mit der amerikanischen Originalversion verglichen.

Die Hypothese zur Testadaptation mit ihrer Unterhypothese lautet:

1.
 - a. Die Reliabilität der ins Deutsch adaptierten Version ist gegeben.
 - b. Die Werte der deutschen Version lassen sich mit den Werten der anderen Übersetzungen (Türkisch, Hebräisch, Koreanisch) vergleichen.

Hypothesen zu den Ergebnissen des 5F-WEL-A-G (II)

2.
 - a. Das Wohlbefinden von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist höher als das Wohlbefinden der Normalpopulation.
 - b. Bei jedem einzelnen der fünf Faktoren der zweiten Ebene ist das Wohlbefinden der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten höher als bei der Normalpopulation.

- c. Das Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit unterscheiden sich nicht in Bezug auf das Geschlecht.
- 3.
- a. Verheiratete oder in Partnerschaft lebende Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben ein höheres Wohlbefinden und eine höhere Lebenszufriedenheit als alleine lebende Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.
 - b. Bei den ‚verheirateten oder in Partnerschaft lebenden‘ Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zeigen sich in Bezug auf das Wohlbefinden geschlechtsspezifische Unterschiede.
- 4.
- a. Das Alter und die Berufserfahrung haben einen signifikanten Einfluss auf das Wohlbefinden der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.
 - b. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die weniger als 5 Jahre Berufserfahrung aufweisen, zeigen niedrigere Werte im Wohlbefinden als Fachkräfte mit längerer Berufserfahrung.
 - c. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die sich in psychotherapeutischer Weiterbildung befinden, haben ein tieferes Wohlbefinden als andere.
 - d. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in psychotherapeutischer Weiterbildung, mit weniger als 5 Jahren Berufserfahrung, haben ein tieferes Wohlbefinden als solche in Weiterbildung mit mehr als 5 Jahren Berufserfahrung.
- 5.
- a. Die Arbeitsform (angestellt, selbständig, delegiert arbeitend, etc.) hat einen Einfluss auf das Wohlbefinden.
 - b. Selbständig arbeitende Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben ein höheres Wohlbefinden als andere.
- 6.
- a. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in regelmässiger Super- oder Intervision zeigen ein besseres Wohlbefinden als solche, die weder das eine noch das andere besuchen.
 - b. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die in regelmässiger Super- und Intervision sind, zeigen ein höheres Wohlbefinden, als solche, die entweder nur in Super- oder nur in Intervision sind.
 - c. Es gibt Unterschiede im Wohlbefinden durch die Inanspruchnahme von Supervision oder von Intervision.
7. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die während ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit einen Kurs oder eine Veranstaltung zum Thema ‚Selbstfürsorge‘ (Psychohygiene, Work-Life-Balance, o.ä.) besucht haben, zeigen ein höheres Wohlbefinden als solche, die dies nicht getan haben.
8. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zeigen höhere Werte in der Skala *Realistische Überzeugungen* als die Normalpopulation.

6. Testadaptation an die deutsche Sprache

Die dem Fragebogen zugrunde liegende Perspektive der Ganzheitlichkeit ist ein Konstrukt, das im deutschen Kulturraum genauso vorhanden ist. Da es sich bei der Originalversion um einen Fragebogen handelt, der seine theoretische Basis in der Psychologie Alfred Adlers sieht, konnte von einer Vergleichbarkeit der Konstrukte ausgegangen werden. Begriffe, die im deutschen Kulturraum eine andere Konnotation haben, sind in Kapitel 3.1. vermerkt. Unterschiede in den Ergebnissen der Auswertungen können dennoch auf ein kulturell oder sprachlich unterschiedliches Verständnis hinweisen.

6.1.1 Übersetzung

Die Übersetzung des Fragebogens ins Deutsche wurde von der Autorin dieser Arbeit vorgenommen, die aufgrund eines Austauschjahres in Amerika ein gewisses Verständnis für Sprache und Kultur des Amerikanischen mitbrachte. Die übersetzte Version wurde daraufhin von einer Englischlehrerin mit der Originalversion verglichen. Als nächstes überprüfte eine Kollegin mit BSc in Angewandter Psychologie ZFH mit fundierten Englischkenntnissen die beiden Versionen miteinander. Dann wurde die deutsche Version von einer Publizistin auf sprachliche Unebenheiten korrigiert. Bei der Übersetzung wurde neben der sprachlichen Korrektheit insbesondere auf die psychologischen Konstrukte, die den Items zugrunde liegen, geachtet und gegebenenfalls sprachlichen Genauigkeiten vorgezogen. Die Rückübersetzung erfolgte durch eine professionelle Übersetzerin englischer Muttersprache und zusätzlichem Lektorat durch eine Zweitperson, ebenfalls englischer Muttersprache. Anschliessend wurde die Originalversion mit der rückübersetzten englischen Version verglichen.

6.1.2 Anpassung der deutschen Version

Infolge des Vergleichs wurden die Texte bei folgenden Items sprachlich leicht umformuliert und dem unterschiedlichen kulturellen Verständnis angepasst.

Table 3: Formulierungsänderungen durch die Übersetzung

Frage	Originalversion	Deutsche Version	Begründung
17	I have a great deal of control over conditions affecting the work I do	Ich kann die Rahmenbedingungen meiner Arbeit in einem grossen Masse selbst beeinflussen	Gebräuchliche Redewendung im deutschen Sprachraum
9	I participate in physical activity through work or leisure at least three times a week for at least 20 minutes each time	Ich betätige mich sportlich in irgendeiner Form mindestens dreimal pro Woche für mindestens 20 Minuten	Kultureller Unterschied
19	I most always wear my seat belt when riding in a car.	Wenn ich Auto fahre, schnalle ich mich immer an.	Anderes Gesetz als in den USA, normalerweise schnallt man sich beim Autofahren an
31	I have sources of support with respect to my race, color, or culture.	Bezüglich meines kulturellen Hintergrundes habe ich ein soziales Netzwerk, das mich unterstützt	Politische Korrektheit, psychisches Konstrukt
56	I must be competent, adequate, and achieving in most things to consider myself to be worthwhile	Um mich wertvoll zu fühlen, muss ich mich zweckdienlich, kompetent und leistungsfähig erleben	Sinngemäss übersetzt, „adäquat“ ist kein verbreitet verständliches Konstrukt
82	My government helps me be more well	Der Staat trägt zu meinem Wohlergehen bei	Kultureller Unterschied
84	My religion helps my well being	Meine Religion / meine Spiritualität trägt zu meinem Wohlergehen bei	Im deutschen Sprachraum zu dogmatisch

Weiter wurden die demographischen Angaben adaptiert. So wurde beispielsweise das Schulsystem dem europäischen angepasst, der kulturelle Hintergrund auf hiesige Verhältnisse adaptiert und die Frage nach einer vorhandenen ‚Doppelrassigkeit‘ in ‚Migrationshintergrund‘ geändert. Bei der Frage nach der Tätigkeit wurde ‚Hausfrau / Hausmann‘ hinzugefügt und die Auswahlmöglichkeiten bei der sexuellen Orientierung wurden verbessert. Der Vergleich der beiden Fragebogen und die Änderungen der deutschen Version wurden detailliert mit der Autorin der Originalversion besprochen, um ihre ursprüngliche Absicht hinter den Konstrukten und Begriffen zu verstehen. Der Begriff ‚Gender‘ wurde entsprechend eingehend besprochen, die Frage 22 wurde beispielsweise daraufhin von „My gender affects the quality of my life positively“ in „Eine Frau / Ein Mann zu sein hat einen positiven Einfluss auf meine Lebensqualität“ übersetzt. Der in der rückübersetzten Version benutzte Ausdruck ‚sexual identity‘ wurde für die deutsche Version als nicht passend eingestuft. Im Anhang (14.3) sind Auszüge des Austausches zwischen der Autorin dieser Arbeit und der Autorin des amerikanischen Fragebogens über die einzelnen Sprachänderungen einzusehen.

Da der Begriff ‚Coping‘ im deutschen Sprachraum ein bekannter Begriff ist, wurde dieser beibehalten. Aus demselben Grund wurde der Begriff ‚Gender‘ bei der ‚Gender-Identität‘ belassen.

6.1.3 Pilotstudie

Für die Pilotstudie füllten neun Personen mit sehr guten Englischkenntnissen je eine deutsche und eine englische Originalversion des Fragebogens alternierend aus. Die Ergebnisse wurden mittels SPSS 18 erfasst und auf ihre Standardabweichung (*sd*) hin geprüft. Items mit einem Ergebnis $sd > 1.0$ sollten genauer auf Unregelmässigkeiten hin betrachtet werden. Ausser bei den Fragen nach dem Beschäftigungsgrad und der Frage, ob man zurzeit schulpflichtig sei, wies kein Item eine grössere Standardabweichung als 1.0 auf. Diese beiden Fragen mit grösseren Standardabweichungen waren eine logische Folge anderer Auswahlmöglichkeiten der deutschen und der Originalversion.

7. Untersuchungsmethode

Der methodische Teil der Untersuchung beginnt mit der Stichprobe. Dieser folgen die Datenerhebung und anschliessend die angewendeten statistischen Verfahren.

7.1.1 Stichprobenrekrutierung

In einem ersten Durchgang wurden alle deutschsprachigen, vom SBAP¹¹, vom SPV und vom FSP anerkannten Weiterbildungsinstitutionen angeschrieben und über das Anliegen, psychotherapeutische Fachkräfte für die Umfrage zu gewinnen, informiert. Insgesamt wurden 35 Institutionen per E-Mail angeschrieben. Das Schreiben findet sich in Anhang 14.4, eine Liste der angeschriebenen Institutionen in Anhang 14.5. 12 Institute waren bereit, die Aufforderung zur Teilnahme an der Untersuchung zu verbreiten. Dies geschah entweder durch ein weitergeleitetes E-Mail seitens der Institulleitung, durch den Versand eines Flyers zur Untersuchung, durch Aufschaltung auf der Homepage des Instituts oder durch persönliche Aufforderung seitens der Dozierenden in den Ausbildungsklassen.

Auch die obengenannten Verbände wurden um ihre Mithilfe gebeten. Sowohl der SBAP wie auch der SPV verbreiteten die Aufforderung zur Teilnahme an der Studie mittels E-Mail. Da der FSP keine Möglichkeit zur Verbreitung der Aufforderung sah, wurden dessen Mitglieder persönlich von der Autorin dieser Arbeit per E-Mail angeschrieben. Um Unterstützung gebeten wurden auch die Verbände der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Ostschweiz, in Zug, in Schwyz und beider Basel. Der Verband Zug verschickte ein Rundmail. Aufgrund der Doppelspurigkeit der Anfrage wurde je-

¹¹ SBAP: Schweizerischer Berufsverband Angewandter Psychologen; SPV: Schweizerischer Psychotherapeutenverband; FSP: Föderation Schweizer Psychologen.

doch bei den anderen Verbänden von einem weiteren Versand abgesehen. Als letztes wurden die Psychiaterinnen und Psychiater der Deutschschweiz angeschrieben. Aufgrund des Aufwands wurden jedoch ausschliesslich diejenigen gewählt, deren E-Mail-Adressen im Verzeichnis ihrer Homepage (<http://www.doktor.ch/psychiater/>) ersichtlich waren. Da die Teilnehmenden gebeten wurden, die Anfrage auch anderen interessierten Kolleginnen und Kollegen weiterzuleiten, und die Kanäle für die Anfrage sehr vielseitig waren, kann die Anzahl der angeschriebenen Personen nicht eruiert werden. Insgesamt nahmen 722 Personen an der Untersuchung teil, wovon 699 Personen die Umfrage vollständig beantworteten. Die demographischen Merkmale der Stichprobe sind in Kapitel 8.2 ersichtlich.

7.1.2 Datenerhebung

Da bei der angestrebten Zielgruppe ein vertrauter Umgang mit dem Computer vorausgesetzt werden konnte, eine elektronische Datenerhebung kostengünstiger und deren Auswertung weniger fehleranfällig ist, wurde eine Online-Befragung durchgeführt. Die mittels Survemonkey erhobenen Daten wurden als Excel-File gespeichert und direkt ins SPSS 18 übertragen. Die Erhebung erfolgte während des gesamten Februars 2010.

7.1.3 Angewendete statistische Verfahren

Die statistischen Verfahren dienen einerseits der Überprüfung der Gütekriterien der Testadaption und andererseits der Überprüfung der formulierten Hypothesen.

Die Reliabilität der Skalen in der übersetzten, deutschen Version wurde mit dem **Cronbachs Alpha** angegeben. Der Reliabilitätskoeffizient ist gemäss Bühl (2008, S. 501) ein wichtiger Kennwert zur Beurteilung des Gesamttests und zeigt damit das Genauigkeitsmass, mit dem ein Merkmal durch den Test erfasst wird. Die Beurteilungsrichtlinien liegen bei folgenden Werten:

	Niedrig	Mittel	Hoch
Reliabilität	< .80	.80 - .90	> .90

Abbildung 4: Beurteilungsrichtlinien Gütekriterien; Bühner (2006, S. 140)

Die Ergebnisse des Fragebogens wurden in eine Intervallskala konvertiert und gemäss dem Auswertungsschlüssel in **Mittelwerte** umgerechnet. Die Standardabweichung, die das Mass für die Streuung der Messwerte darstellt (Bühl, 2008, S. 128) sowie das Minimum und das Maximum der ermittelten Werte wurden dabei mitangegeben. Für die Überprüfung der dieser Untersuchung zugrunde liegenden Hypothesen konnte aufgrund der vorliegenden Stichprobe von $N = 722$ auf das zentrale Grenzwerttheorem zurückge-

griffen werden. Dieses besagt, dass bei einer Stichprobe $N > 30$ auch für nicht normalverteilte Grundgesamtheiten die Mittelwertverteilung hinreichend normalverteilt ist (Bortz & Döring, 2006, S. 411). Deshalb wurde für die vorliegende Auswertung eine **Normalverteilung** der Daten angenommen.

Für die Mittelwertvergleiche wurden **T-Tests** angewendet. Die Anwendung von T-Tests setzt eine Normalverteilung der Daten voraus (vgl. zentrales Grenzwerttheorem). Als Testwert wurden die Mittelwerte aus der Normstichprobe ($N = 3'343$) von Myers und Sweeney (Testmanual 5F-WEL, 2001) verwendet. Teilweise wurden Mittelwertvergleiche für verschiedene Items gemacht. Dies führte zu einer beträchtlichen Anzahl Hypothesentests, die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführt wurden. Als Folge davon ist zu erwarten, dass ungefähr 3,15 Tests (5 % von 63) nur per Zufall signifikant ausfallen, obwohl die Nullhypothese eigentlich richtig wäre. Trotzdem verzichtete die Autorin auf Korrekturen des Signifikanzniveaus, weil ein solches gewissermassen künstlich ist. Für die Interpretation der Resultate ist diese Unsicherheit jedoch zu berücksichtigen.

Um Unterschiede bei ungleichen Varianzen zu testen, wurde anstelle des klassischen T-Tests der robustere **Welch-Test** angewendet. Um den Vergleich von mehr als zwei abhängigen Stichproben durchzuführen, wurden **Varianzanalysen** gemacht. Um die Beziehung zwischen drei Variablen zu berechnen (Alter, Berufserfahrung und Wohlbefinden), wurden die Korrelationen analysiert. Die bivariate Korrelation bestimmt die Enge und Richtung des Zusammenhangs zwischen zwei Merkmalen. Dafür wurde der **Korrelationskoeffizient nach Pearson** berechnet (Bortz & Döring, 2006, S. 507).

Wert	Interpretation
bis 0,2	Sehr geringe Korrelation
bis 0,5	Geringe Korrelation
bis 0,7	Mittlere Korrelation
bis 0,9	Hohe Korrelation
über 0,9	Sehr hohe Korrelation

Abbildung 5: Korrelationskoeffizienten (Bühl, 2008, S. 346)

Ein signifikantes Ergebnis liegt vor, wenn der Test eine sehr geringe **Irrtumswahrscheinlichkeit** ermittelt (Bortz & Döring, 2006, S. 26). Je näher sie bei 0 liegt, desto kleiner ist die Irrtumswahrscheinlichkeit, welche als **Signifikanz** bezeichnet wird. In dieser Arbeit wird folgende Symbolisierung gebraucht:

Irrtumswahrscheinlichkeit	Bedeutung	Symbolisierung
$p > 0.05$	Nicht signifikant	ns
$p \leq 0.05$	Signifikant	*
$p \leq 0.01$	Sehr signifikant	**
$p \leq 0.001$	Höchst signifikant	***

Abbildung 6: Irrtumswahrscheinlichkeit (Bühl, 2008, S. 121)

8. Ergebnisse

Im ersten Teil wird auf die *Ergebnisse der Testadaptation* an die deutsche Sprache und deren Reliabilität eingegangen. Im zweiten Teil folgen die *soziodemographischen Angaben* zur Stichprobe und die Angaben zur beruflichen Tätigkeit. Im dritten Teil wird auf die *Ergebnisse des Fragebogens* eingegangen.

8.1 Ergebnisse Testadaptation mit Originalversion (I)

Hypothese 1a:

Die Reliabilität der ins Deutsch adaptierten Version ist gegeben.

Table 4: Cronbachs Alpha in der Übersicht mit N und Anzahl Items

N = 722 (100%)	N Gültig	Gültig in %	Anzahl Items	Cronbachs Alpha
Wohlbefinden Total	550	76.2	73	.90
Kreatives Selbst	647	89.6	20	.81
Denken	687	95.2	4	.53
Emotionen	697	96.5	4	.67
Kontrolle	687	95.2	4	.58
Arbeit	689	95.4	4	.54
Humor	688	95.3	4	.79
Coping Selbst	653	90.4	19	.73
Freizeit	686	95.0	6	.37
Stress Management	694	96.1	4	.81
Selbstwert	682	94.5	4	.67
Realistische Überzeugungen	690	95.6	5	.62
Soziales Selbst	683	94.6	8	.86
Freundschaft	691	95.7	4	.78
Liebe	692	95.8	4	.87
Essentielles Selbst	643	89.1	16	.80
Spiritualität	683	94.6	5	.91
Gender-Identität	671	92.9	4	.71
Kulturelle Identität	693	96.0	3	.65
Selbstfürsorge	687	95.2	4	.46
Körperliches Selbst	673	93.2	10	.81
Bewegung	690	95.6	5	.76
Ernährung	687	95.2	5	.80
Kontextskalen			16	
Örtlicher Kontext	691	95.7	5	.77
Institutioneller Kontext	683	94.6	4	.28
Globaler Kontext	693	96.0	3	.45
Zeitlicher Kontext	696	96.4	4	.50

Die Anzahl gültiger Fälle reicht von N=550 bei der Summe für das *Wohlbefinden Total* bis zu N=696. Die Reliabilitäts-Werte rangieren auf der *zweiten Ebene* der *Fünf Faktoren* von .73 bis .90. Eine niedrige Reliabilität findet sich beim Faktor *Coping Selbst*. Die weiteren vier Faktoren auf dieser Ebene (*Kreativ, Sozial, Essentiell* und *Körperlich*) weisen mit Werten zwischen .80 und .86 auf eine mittlere Reliabilität hin. Eine interne Konsistenz von .90 zeigt die deutsche Version des Fragebogens auf der obersten Ebene *Wohlbefinden Total* und ist damit hochreliabel.

Auf der *dritten Ebene* beträgt der kleinste Wert .37 (Freizeit), was auf eine niedrige Reliabilität hinweist, der höchste Wert beträgt .91 (Spiritualität), was eine hohe Reliabilität belegt. Die Skalen *Stress Management, Liebe* und *Ernährung* haben eine mittlere Reliabilität. Die restlichen Skalen auf der *dritten Ebene* zeigen eine niedrige Reliabilität auf.

Beim *Vergleich* mit der amerikanischen Originalversion für Erwachsene (5F-WEL-A) zeigt sich, dass die Werte der amerikanischen Originalversion, die auf der *zweiten Ebene* der *Fünf-Faktoren* zwischen .89 und .98 liegen, nur auf der übergeordneten Ebene, der Summe *Wohlbefinden Total* nach derselben Beurteilungskriterien vergleichbar sind. Auf der *zweiten Ebene* der *Fünf Faktoren* weisen die Werte der Originalversion eine hohe Reliabilität auf, während die Werte der deutschen Version mittlere und in einem Fall sogar niedrige Reliabilitäts-Werte aufweisen. Auf der *dritten Ebene* rangieren die Werte der Originalversion zwischen .58 (Realistische Überzeugungen) und .95 (Liebe), während die Werte der deutschen Version auf dieser Ebene niedrige bis mittlere Reliabilitäts-Werte aufweisen.

Die Cronbachs-Alpha-Koeffizienten der Summe *Wohlbefinden Total* sowie diejenigen der *zweiten Ebene* der *Fünf Faktoren* zeigen insgesamt mittlere bis hohe Reliabilitäts-Werte.

Die Hypothese 1a kann teilweise bestätigt werden.

Hypothese 1b:

Es wird erwartet, dass sich die Werte der verschiedenen Übersetzungen im gleichen Messbereich bewegen wie die deutsch adaptierte Version.

Nachfolgend der Vergleich zwischen den einzelnen Sprachadaptationen:

Tabelle 5: Alpha Koeffizienten im Vergleich mit den Adaptationen (Myers & Sweeney, 2005)

Faktoren	5F-WEL Original- version (N= 3343)	Koreani- sche Überset- zung	Hebräi- sche Überset- zung	Türkische Überset- zung	Deutsche Überset- zung (N = 673)
Wohlbefinden Total	.98	.92	.90	-	.90
Kreatives Selbst	.96				.81
Denken	.85	.69	.62	.55	.53
Emotionen	.82	.71	.59	.62	.67
Kontrolle	.88	.51	.71	.61	.58
Arbeit	.79	.78 _a	.75	.55	.54
Humor	.88	.68	.71	.69	.79
Coping Selbst	.89				.73
Freizeit	.88	.78 _a	.75	.78	.37
Stress Management	.86	.77	.71	.86	.81
Selbstwert	.91	.31	.71	.78	.67
Realistische Überzeugungen	.58	.36	.56	.41	.62
Soziales Selbst	.96				.86
Freundschaft	.92	.68	.76	.69	.78
Liebe	.95	.66	.86	.64	.87
Essentielles Selbst	.95				.80
Spiritualität	.92	.74	.72	.72	.91
Gender-Identität	.90	.58	.70	.57	.71
Kulturelle Identität	.85	.50	.48	.49	.65
Selbstfürsorge	.89	.74	.47	.53	.46
Körperliches Selbst	.90				.81
Bewegung	.89	.79	.73	.80	.76
Ernährung	.87	.72	.86	.74	.80
Örtlicher Kontext	.74				.77
Institutioneller Kontext	.73				.28
Globaler Kontext	.66				.45
Zeitlicher Kontext	.79				.50

a) Arbeit und Freizeit wurden in eine Skala kombiniert aufgrund einer früheren Faktorenanalyse der WEL-Daten, woraufhin die Aufteilung der beiden Skalen erfolgte (Myers & Sweeney, 2005).

Im Vergleich mit den Testadaptationen der Sprachen Koreanisch, Hebräisch und Türkisch, deren Werte beim *Wohlbefinden Total* .90 (Hebräisch) und .92 (Koreanisch; Türkisch fehlt) sind, stellt die deutsche Version mit .90 ein in die Reihe passendes Ergebnis dar.

Auf der *dritten Ebene* zeigt die hebräische Version bei den Faktoren *Liebe* (.86) und *Ernährung* (.86) und die türkische Version bei den Faktoren *Stress Management* (.86) und *Bewegung* (.80) eine mittlere Reliabilität. Alle anderen Faktoren sind, wie bei der deutschen Version, die bei den Faktoren *Stress Management* (.81), *Liebe* (.87), *Spiritualität* (.91) und *Ernährung* (.80) mittlere Werte hat, ebenfalls von niedriger Reliabilität.

Die Hypothese 1b kann bestätigt werden.

8.2 Deskriptive Ergebnisse zur Stichprobe

Die untersuchte Kohorte besteht aus Fachkräften, die psychotherapeutisch tätig sind und sich entweder in Ausbildung befinden oder diese bereits abgeschlossen haben und schon länger psychotherapeutisch tätig sind. Insgesamt beteiligten sich 722 Personen an der Online-Untersuchung. 699 Personen füllten den Fragebogen vollständig aus. Faktorenskalen mussten jeweils mindestens drei Items zählen um nicht als ‚fehlend‘ zu gelten. Dies ergab eine Stichprobe von 455 Frauen und 244 Männer. Einer der Fragebogen wurde als Papierversion ausgedruckt und von Hand ausgefüllt. Über 200 Personen zeigten sich interessiert an den Ergebnissen der Untersuchung. 150 Personen nutzten die Gelegenheit der *Open-End-Response* und fügten eine Ergänzung oder Anmerkung an. Die kategoriale Zusammenfassung dieser Anmerkungen findet sich im Kapitel 8.4. Im Folgenden wird die Zusammensetzung der Stichprobe dargestellt. Die höchsten Zahlen sind jeweils fett hervorgehoben.

Alter und Lebensform

Mit 33.8% ist die Altersklasse zwischen 51 und 60 Jahren die am stärksten vertretene Altersgruppe. Die am zweitstärksten vertretene Altersklasse ist die nächst jüngere (41 – 50 Jahre) mit 24.5%. Zwischen den Geschlechtern gibt es in der Altersklasse einen relevanten Unterschied: Während die höchste Altersklasse (> 65 J.) bei den Männern 8,6% ausmacht, bei Frauen jedoch nur 2.6%, ist in der jüngsten Altersklasse (<30 J.) der Frauenanteil mit 5.3% deutlich höher als derjenige der Männer (1.2%).

Tabelle 6: Altersklasse und Lebensform der Stichprobe

Kategorie	Werte	Gesamt		Frauen		Männer	
		N	In %	N	In %	N	In %
Total		722	100	455	63.0	244	33.8
Altersklasse	Bis 30 Jahre	27	3.7	24	5.3	3	1.2
	30 – 40 Jahre	135	18.7	101	22.2	34	13.9
	41 – 50 Jahre	177	24.5	120	26.4	55	22.5
	51 – 60 Jahre	244	33.8	150	33.0	94	38.5
	61 – 65 Jahre	84	11.6	47	10.3	37	15.2
	über 65 Jahre	34	4.7	12	2.6	21	8.6
Lebensform	Verheiratet / in Partnerschaft	565	78.3	352	77.5	210	86.1
	Alleinstehend	67	9.3	54	11.9	13	5.3
	Getrennt	18	2.5	12	2.6	6	2.5
	Geschieden	48	6.6	33	7.3	15	6.1
	Verwitwet	3	0.4	3	0.7	-	-

Die überwiegende Mehrheit der Stichprobe hat als Lebensform die Partnerschaft angegeben, die Frauen mit 77.5%, die Männer mit 86.1%. Eine explizite Frage nach Kindern ist im Fragebogen nicht enthalten. Somit lassen sich auch keine Antworten zum Familienleben der Stichprobe erheben.

Psychotherapeutische Tätigkeit

Beim Beschäftigungsgrad in Prozent ist zu beachten, dass dieser nicht explizit definiert wurde und entsprechend eine ‚100%-Tätigkeit‘ verschieden interpretiert worden sein kann. In delegierter Tätigkeit gelten 24 Arbeitsstunden/Woche als 100% Arbeitspensum, was bei einer Anstellung in einer Klinik oder bei selbständiger Tätigkeit anders gehandhabt werden könnte. Die Zahlen sind deshalb mit diesem Vorbehalt zu lesen.

Table 7: Berufserfahrung und prozentualer Beschäftigungsgrad

Kategorie	Werte	Gesamt		Frauen		Männer	
		N	In %	N	In %	N	In %
Total		694	100	452	65.1	238	34.3
Anzahl Jahre Berufserfahrung	Weniger als 1 Jahr	30	4.2	21	4.6	9	3.7
	1 – 5 Jahre	132	18.3	110	24.2	22	9.0
	6 – 10 Jahre	102	14.1	70	15.4	32	13.1
	11 – 15 Jahre	113	15.7	85	18.7	27	11.1
	16 – 20 Jahre	100	13.9	64	14.1	34	13.9
	21 – 25 Jahre	78	10.8	46	10.1	31	12.7
	mehr als 25 Jahre	139	19.3	56	12.3	83	34.0
Psychotherapeutischer Beschäftigungsgrad in %	100	114	15.8	46	10.1	68	27.9
	80+	176	24.4	121	26.6	54	22.1
	60+	149	20.6	110	24.2	39	16.0
	40+	147	20.4	107	23.5	38	15.6
	< 40	108	15.0	68	14.9	38	15.6

Fast ein Fünftel der Probandinnen und Probanden (19.3%) ist schon seit mehr als 25 Jahren psychotherapeutisch tätig und damit die grösste Gruppe. Dicht gefolgt von denjenigen, die zwischen einem und fünf Jahren psychotherapeutisch tätig sind. Deutlich zeigt sich ein Unterschied im Geschlechtervergleich. Während die Männer die grösste Gruppe bei den seit mehr als 25 Jahren Tätigen bilden, finden sich bei den Frauen die meisten in der Gruppe, die zwischen einem und fünf Jahre tätig ist.

Beim Beschäftigungsgrad, der ausschliesslich die psychotherapeutische Tätigkeit beleuchtet, zeigt sich, dass Therapierende am häufigsten zu 80% + (= +90%) psychotherapeutisch tätig sind, nämlich 24.4%. Je ein Fünftel ist zu 60% + respektive zu 40% + tätig. Zu 100% psychotherapeutisch arbeiten lediglich 15.8%. Der Geschlechtervergleich zeigt eine deutliche Differenzierung. Während die Hälfte der Männer 80 bis 100 Prozent therapeutisch arbeitet, ist der vergleichbare Anteil bei den Frauen lediglich rund 37%. Deutlich zeigt sich der Geschlechterunterschied auch im obersten Segment: Lediglich 10% der Frauen sind zu 100% therapeutisch tätig, wogegen es bei den Männern knapp 28% sind. Festgehalten werden muss an dieser Stelle, dass Tätigkeiten ausserhalb der psychotherapeutischen nicht erhoben wurden.

Tabelle 8: Art der Anstellung oder Tätigkeit

Kategorie	Werte	Gesamt		Frauen		Männer	
		N	In %	N	In %	N	In %
Total		693	100	452	65.2	241	34.8
Arbeitsform	Angestellt	151	20.9	111	24.4	39	16.0
	Angestellt, mit leitender Funktion	40	5.5	17	3.7	22	9.0
	Delegiert arbeitend	61	8.4	49	10.8	12	4.9
	Selbständig arbeitend	253	35.0	154	33.8	98	40.2
	Angestellt und delegiert arbeitend	22	3.0	18	4.0	4	1.6
	Angestellt und selbständig arbeitend	46	6.4	31	6.8	15	6.1
	Delegiert und selbständig arbeitend	77	10.7	55	12.1	22	9.0

Die Frage nach der Arbeitsform liess Mehrfachnennungen zu. Die grösste Gruppe findet sich mit 35% bei der selbständigen Tätigkeit. Bei den Männern sind es 40.2 %, bei den Frauen etwas weniger, nämlich 33.8% , während die Frauen mit 24.4% im Gegensatz zu den Männern mit 16.0% die grössere Gruppe der Angestellten bilden. Männer sind prozentual gesehen mehr als das Doppelte so häufig in leitender Funktion angestellt wie Frauen. Diese sind, prozentual gesehen, doppelt so oft wie die Männer delegiert tätig.

Ausbildung, Supervision und Intervention

Tabelle 9: Studienabschluss und Weiterbildung

Kategorie	Werte	Gesamt		Frauen		Männer	
		N	In %	N	In %	N	In %
Total		697	100	452		240	
Abschluss Studium	Psychologie	490	67.9	346	76.0	142	58.2
	Medizin	100	13.9	38	8.4	61	25.0
	Anderes	55	7.6	39	8.6	16	6.6
	Psychologie und Medizin	2	0.3	1	0.2	1	0.4
	Psychologie und Anderes	48	6.6	29	6.4	19	7.8
	Medizin und Anderes	2	0.3	1	0.2	1	0.4
In psychotherapeutischer Weiterbildung	Ja	165	22.9	129	28.4	36	14.8
	Nein	528	73.1	322	70.8	203	83.2

Mit 67.9% hat die überwiegende Mehrheit der Therapeutinnen und Therapeuten ihr Studium in Psychologie abgeschlossen. Auffallend dabei ist, dass sich im Geschlechter-

unterschied eine Differenz von knapp 20% zeigt. Haben bei den Frauen 76% Psychologie und 8.4% Medizin studiert, so sind es bei den Männern 58.2% mit einem Psychologie- und 25% mit einem Medizinstudium. Mit 73.1% stellen die bereits ausgebildeten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eine deutliche Mehrheit gegenüber den 22.9% – immerhin 165 Personen – in Weiterbildung stehenden Fachkräften.

Table 10: Supervision und Intervention

Kategorie	Werte	Gesamt		Frauen		Männer	
		N	In %	N	In %	N	In %
Total		690	100	452	65.1	238	34.3
Regelmässige Supervision	Ja	533	77.2	354	78.3	179	75.2
	Nein	157	22.8	98	21.7	59	24.8
Regelmässige Intervention	Ja	486	70.3	309	68.4	177	74.4
	Nein	205	29.7	143	31.6	62	26.1

Die Frage nach regelmässiger Super- oder Intervention wurde von der überwiegenden Mehrheit in beiden Feldern bejaht. Auch bei dieser Frage bestand die Möglichkeit einer Mehrfachantwort. Eine relevante Geschlechtsdifferenz ist nicht auszumachen. Anzumerken ist, dass rund 20% aller Therapeutinnen und Therapeuten keine regelmässige Supervision in Anspruch nehmen und fast ein Drittel keine regelmässige Intervention.

Erfahrung mit Selbstfürsorgekurs-Angeboten

Table 11: Selbstfürsorge, Work-Life-Balance, Psychohygiene-Kurs-Erfahrung

Kategorie	Werte	Gesamt	
		N	In %
Total		693	100
Kurs seit psychotherapeutisch tätig	Ja	156	21.7
	Nein	537	74.7
Interesse daran	Ja, wäre interessiert	107	14.8
	Schliesse es nicht aus	313	43.4
	Nein, kein Bedürfnis	276	38.2

Es wurde gefragt, ob während der psychotherapeutisch tätigen Zeit in irgendeiner Form ein Kurs in Selbstfürsorge, Psychohygiene oder ähnliches besucht worden sei. Ein Fünftel, 21.7%, bejahte diese Frage, mit 74.7% verneinten sie drei Viertel aller Probanden. Die Hälfte aller Befragten wäre an einem solchen Angebot interessiert oder würde es zumindest nicht ausschliessen. 38.2% haben kein Bedürfnis nach einem solchen Angebot.

8.3 Ergebnisse des 5F-WEL-A-G (II)

Auswertung des Fragebogens

Die aus den Antwortmöglichkeiten berechneten Werte bewegen sich auf einer Skala zwischen 25 (Wohlbefinden am wenigsten ausgeprägt) und 100 (Optimum an zu erreichendem Wohlbefinden). Entsprechend variiert das Wohlbefinden. Je ausgeprägter das proaktive Gesundheitsverhalten, desto näher ist der Wert bei 100 und um so grösser ist das *Wohlbefinden*. Im Folgenden werden die Begriffe Gesundheitsverhalten und Wohlbefinden synonym verwendet.

Die ermittelten Werte der Stichprobe für die einzelnen fünf Faktoren, deren Unterfaktoren, das *Wohlbefinden Total*, die vier Kontextskalen sowie die *Lebenszufriedenheit* werden in die Testergebnisse einfürend detailliert tabellarisch dargestellt.

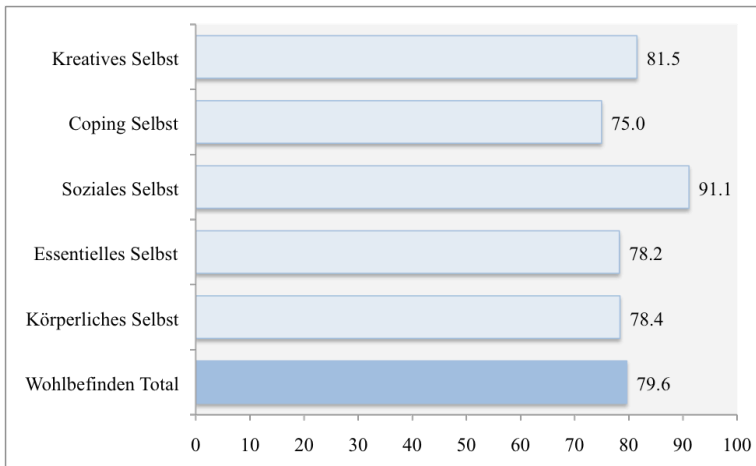
Tabelle 12: Mittelwerte, SD und Range der Testergebnisse der Stichprobe

	N	Range	Min.	Max.	MW	sd
<i>Kreatives Selbst</i>	708	36.84	63.16	100.00	81.49	6.85
Denken	704	43.75	56.25	100.00	84.58	9.34
Emotionen	703	50.00	50.00	100.00	82.23	9.90
Kontrolle	704	50.00	50.00	100.00	81.61	9.20
Arbeit	707	50.00	50.00	100.00	81.42	9.69
Humor	705	68.75	31.25	100.00	77.61	12.66
<i>Coping Selbst</i>	709	50.00	48.68	98.68	74.96	7.57
Freizeit	708	70.83	25.00	95.83	76.47	11.67
Stress Management	705	62.50	37.50	100.00	74.43	11.80
Selbstwert	704	68.75	31.25	100.00	81.06	10.35
Realistische Überzeugungen	704	75.00	25.00	100.00	68.74	10.46
<i>Soziales Selbst</i>	708	53.13	46.88	100.00	91.10	9.04
Freundschaft	705	62.50	37.50	100.00	87.52	11.07
Liebe	704	56.25	43.75	100.00	94.70	9.49
<i>Essentielles Selbst</i>	710	51.56	48.44	100.00	78.25	9.78
Spiritualität	705	75.00	25.00	100.00	64.84	21.22
Selbstfürsorge	706	56.25	43.75	100.00	92.38	10.20
Gender Identität	700	75.00	25.00	100.00	80.36	12.46
Kulturelle Identität	693	66.67	33.33	100.00	78.96	12.50
<i>Körperliches Selbst</i>	709	67.50	32.50	100.00	78.36	11.64
Ernährung	709	65.00	35.00	100.00	80.24	13.43
Bewegung	705	70.00	30.00	100.00	76.43	14.43
<i>Wohlbefinden Total</i>	713	46.58	50.00	96.58	79.62	6.17
Örtlicher Kontext	704	40.00	60.00	100.00	88.96	9.57
Institutioneller Kontext	703	50.00	50.00	100.00	74.15	10.05
Globaler Kontext	693	66.67	33.33	100.00	77.91	12.43
Zeitlicher Kontext	702	50.00	50.00	100.00	75.44	9.35
Lebenszufriedenheit	701	75.00	25.00	100.00	82.52	14.68
Gütlig N (listwise)	673					

Für die Auswertung der Ergebnisse werden im Folgenden die einzelnen Faktoren zueinander und zum *Wohlbefinden Total* in Beziehung gesetzt.

Die vorliegende Stichprobe von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (N = 722) zeigt auf der *zweiten Ebene* der *Fünf Faktoren* und auf der übergeordneten Ebene als Summe *Wohlbefinden Total* folgendes Ergebnis:

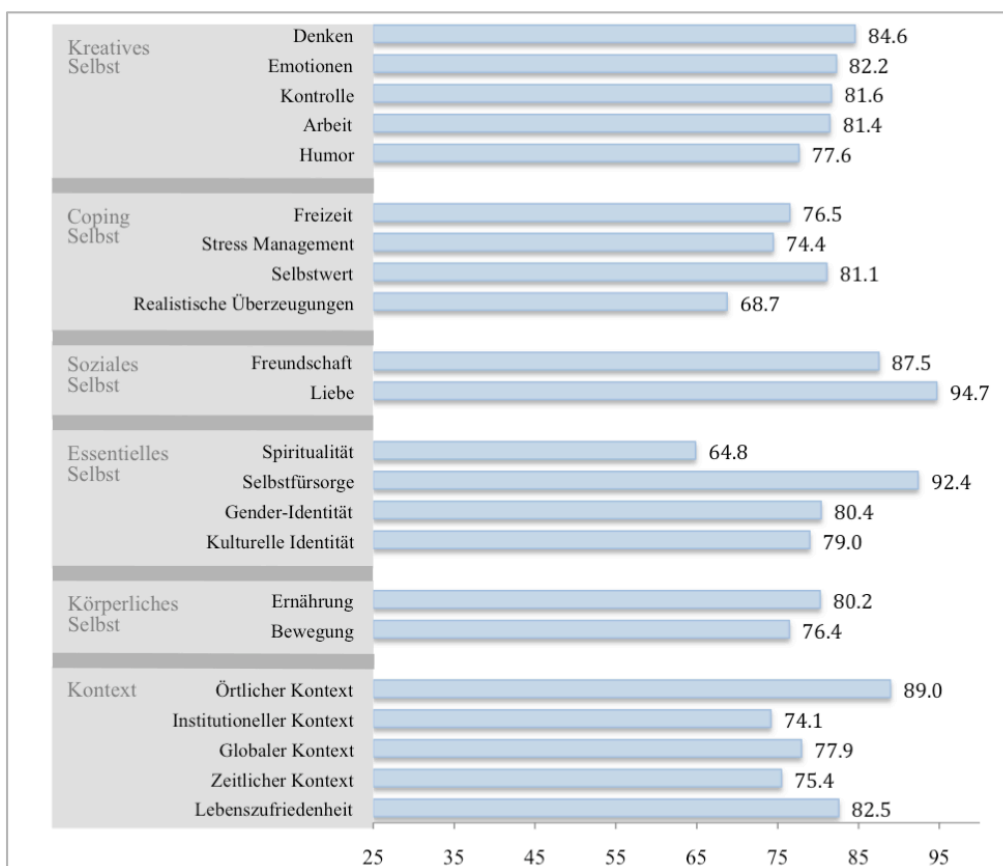
Tabelle 13: Übersicht Mittelwerte fünf Faktoren der zweiten Ebene und Total



Neben dem Summenwert *Wohlbefinden Total* von 79.6 ist der am stärksten ausgeprägte Faktor mit einem Punkte-Mittelwert von 91.1 das *Soziale Selbst*. Am schwächsten ausgeprägt ist der Faktor *Coping Selbst* mit 75.0.

Die Ergebnisse der Faktoren der *dritten Ebene* sowie die der kontextuellen Skalen sind in der nächsten Abbildung dargestellt.

Tabelle 14: Übersicht Mittelwerte Faktoren dritter Ebene



Auf der dritten Ebene bewegen sich die Punkt-Mittelwerte zwischen 64.8 beim Unterfaktor *Spiritualität* und 94.7 beim Unterfaktor *Liebe*. Im Faktor *Kreatives Selbst* verteilen sich die Mittelwerte der Unterskalen zwischen 77.6 (*Humor*) und 84.6 (*Denken*). Im Faktor *Coping Selbst* reicht die Bandbreite vom Mittelwert 68.7 (*Realistische Überzeugungen*) bis 81.1 (*Selbstwert*). Der Faktor *Soziales Selbst* ergibt sich aus seinen beiden Unterfaktoren *Freundschaft* (87.5) und *Liebe* (94.7). Der vierte Faktor *Essentielles Selbst* weist mit Mittelwerten von 64.8 (*Spiritualität*) bis 92.4 (*Selbstfürsorge*) eine breite Spanne aus, der Faktor *Körperliches Selbst* dagegen eine enge von 76.4 (*Bewegung*) bis 80.2 (*Ernährung*). Die *Lebenszufriedenheit* zeigt mit einem Ergebnis von 82.5 ebenfalls einen hohen Mittelwert. Die experimentellen Skalen der vier Kontexte bewegen sich auf einem guten (74.1) bis sehr gutem Niveau (89.0).

Bei der Aufzählung der fünf am stärksten positiv und negativ bewerteten Items (Mittelwerte sind hier Rohwerte auf einer Skala von 1 = stimme gar nicht zu, bis 4 = stimme sehr zu) ergibt sich die folgende Rangordnung:

Table 15: Fünf am stärksten positiv beantworteten Aussagen des 5F-WEL-A-G

Stimme sehr zu		N	Σ	MW
Frage 64	Ich nehme keine illegalen Drogen	701	2697	3.85
Frage 19	Wenn ich Auto fahre, schnalle ich mich immer an	699	2681	3.84
Frage 26	Ich habe mindestens eine vertraute Beziehung, die sicher und beständig ist	704	2697	3.83
Frage 52	Ich habe mindestens einen Menschen in meinem Leben, mit dem ich eine bedeutsame, gute, emotionale Beziehung habe	702	2658	3.79
Frage 47	Ich habe mindestens einen Menschen, der an meiner Weiterentwicklung und an meinem Wohlergehen interessiert ist.	702	2648	3.77

Table 16: Fünf am stärksten negativ beantwortete Aussagen des 5F-WEL-A-G

Stimme gar nicht zu		N	Σ	MW
Frage 80	Ich habe Angst, dass ich oder meine Familie von Terroristen versehrt werden (umgepoltes Item*)	701	2566*	1.34
Frage 37	Ich nehme an religiösen oder spirituellen Veranstaltungen teil	701	1406	2.01
Frage 41	Ich schaffe mir Zeit für Freizeitbeschäftigungen, die mir Freude machen	700	1558	2.23
Frage 84	Meine Religion trägt zu meinem Wohlergehen bei	693	1600	2.31
Frage 62	Ich mache mindestens dreimal pro Woche in irgendeiner Form Dehnübungen	702	1657	2.36

Der Aussage „Ich nehme keine illegalen Drogen“ wurde mit einem Mittelwert von 3.85 („Stimme zu“ = 3; Stimme sehr zu = 4) am meisten zugestimmt. Der Aussage „Ich habe Angst, dass ich oder meine Familie von Terroristen versehrt werden“ entsprechend mit einem Mittelwert von 1.34 am wenigsten.

Es folgen nun die Überprüfungen der in Kapitel 5.2 aufgestellten Hypothesen und Unterhypothesen.

8.3.1 Hypothesenprüfung

Hypothese 2a:

Das Wohlbefinden von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (UP) ist höher als das Wohlbefinden der Normalpopulation (NP).

Der T-Test zeigt, dass im Vergleich zur Normalpopulation^{a)} das untersuchte Sample an Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ein erhöhtes Wohlbefinden aufweist ($M_{NP} = 71.63$; $M_{UP} = 79.63$; $t(712) = 34.57$, $p = .000$).

a) Normalpopulation = (N = 3'343) (Myers und Sweeney, Testmanual 5F-WEL, 2001)

Die Hypothese 2a kann auf einem Signifikanzniveau von $p < 0.001$ bestätigt werden.

Hypothese 2b:

Bei jedem einzelnen der fünf Faktoren der zweiten Ebene ist das Wohlbefinden der Untersuchungspopulation (UP) höher als bei der Normalpopulation (NP).

Die Ergebnisse der einzelnen T-Tests ergeben folgende Resultate:

Im Vergleich zu einer Normalpopulation weist das untersuchte Sample an Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in allen fünf Faktoren ein erhöhtes Wohlbefinden auf.

Im Faktor *Kreatives Selbst* ($M_{NP} = 73,18$; $M_{UP} = 81,49$; $t(707) = 32,29$, $p = .000$),

im Faktor *Coping Selbst* ($M_{NP} = 68,73$; $M_{UP} = 74,96$; $t(708) = 21,92$, $p = .000$),

im Faktor *Soziales Selbst* ($M_{NP} = 77,35$; $M_{UP} = 91,10$; $t(707) = 40,50$, $p = .000$),

im Faktor *Essentielles Selbst* ($M_{NP} = 73,38$; $M_{UP} = 78,25$; $t(709) = 13,26$, $p = .000$) und

im Faktor *Körperliches Selbst* ($M_{NP} = 66,56$; $M_{UP} = 78,36$; $t(708) = 27,01$, $p = .000$).

In einer Grafik veranschaulicht sieht der Vergleich der Mittelwerte zwischen den beiden Populationen folgendermassen aus:

- PsychotherapeutInnen (UP)
- Normalpopulation (NP)

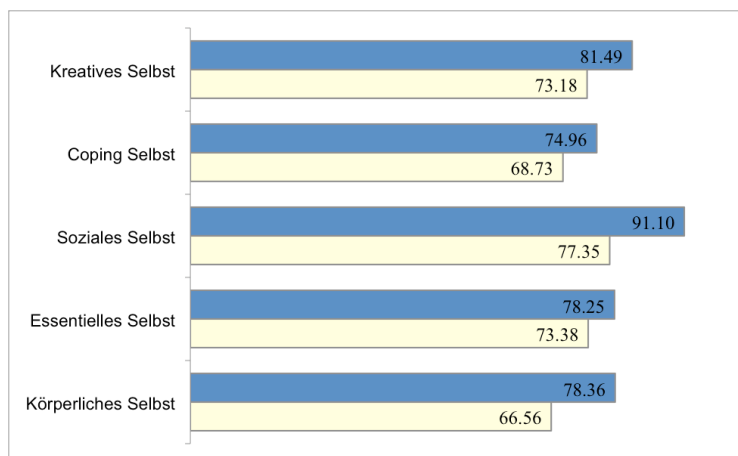


Abbildung 7: Vergleich MW der fünf Faktoren mit den Normwerten der amerikanischen Originalversion

Die Hypothese 2b kann auf einem Signifikanzniveau von $p < 0.001$ bestätigt werden.

Hypothese 2c:

Das Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit unterscheiden sich nicht in Bezug auf das Geschlecht.

Tabelle 17: Mittelwerte Wohlbefinden Total und Lebenszufriedenheit in Bezug auf Geschlecht

Variable		N	MW	SD
Wohlbefinden Total	Männer	243	79,46	6,39
	Frauen	455	79,87	5,89
Lebenszufriedenheit	Männer	243	3,31	,609
	Frauen	452	3,30	,578

Tabelle 18: Resultate des T-Test für den Geschlechtervergleich beim Wohlbefinden Total und bei der Lebenszufriedenheit. Es sind nur die statistisch signifikanten Resultate dargestellt.

	Levene-Test der Varianzgleichheit	F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)
Wohlbefinden Total	Varianzen sind nicht gleich			-.829	460,75	,407
Lebenszufriedenheit	Varianzen sind nicht gleich			.209	473,34	,834

Da die Varianzen verschieden sind ($p = .143$; $p = .444$) wurde der Welch-Test angewendet, welcher mit einer Signifikanz von $p = .407$ und $p = .834$ verworfen wird. Im Summentotal *Wohlbefinden* und bei der Variablen *Lebenszufriedenheit* ist keine Geschlechterdifferenz zu finden (Tabelle 16).

Die Hypothese 2c kann bestätigt werden.

Hypothese 3a:

Verheiratete oder in Partnerschaft lebende Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten (FB) haben ein höheres Wohlbefinden und eine höhere Lebenszufriedenheit als allein lebende Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten (AL).

Tabelle 19: MW und SD von Wohlbefinden für verheiratete / in Partnerschaft lebende PsychotherapeutInnen und alleine lebende.

Variable	Verheiratet / in Partnerschaft	N	MW	SD
Wohlbefinden Total	Verheiratet / in Partnerschaft	564	79.81	5.98
	alleine lebend	136	79.29	6.38
Kreatives Selbst	Verheiratet / in Partnerschaft	564	81.53	6.92
	alleine lebend	136	81.41	6.54
Coping Selbst	Verheiratet / in Partnerschaft	564	74.97	7.46
	alleine lebend	136	75.07	8.08
Soziales Selbst	Verheiratet / in Partnerschaft	564	91.92	8.38
	alleine lebend	136	87.81	10.76
Essentielles Selbst	Verheiratet / in Partnerschaft	564	78.26	9.67
	alleine lebend	136	78.19	10.48
Körperliches Selbst	Verheiratet / in Partnerschaft	564	78.36	11.60
	alleine lebend	136	78.00	11.73
Lebenszufriedenheit	Verheiratet / in Partnerschaft	561	83.69	14.38
	alleine lebend	136	77.76	15.11

Tabelle 20: Resultate des T-Tests für den Vergleich der Variablen Wohlbefinden Total, den fünf Faktoren und der Lebenszufriedenheit mit der Lebensform

	Levene-Test der Varianzgleichheit	F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)
Soziales Selbst	Varianzen sind gleich	24,031	,000	4,84	698	,000
Lebenszufriedenheit	Varianzen sind gleich	9,124	,003	4,27	695	,000

Es wurden sieben verschiedenen Variablen für *Wohlbefinden* getestet und nur die statistisch signifikanten Resultate dargestellt. Verheiratete oder in einer festen Beziehung lebende PsychotherapeutInnen (FB) weisen gegenüber alleine lebenden PsychotherapeutInnen (AL) in den Dimensionen *Lebenszufriedenheit* ($M_{FB} = 83.69$, $SD = 14,38$; $M_{AL} = 77.76$, $SD = 15,11$; $t(695) = 4,27$, $p = .000$) und *Soziales Selbst* ($M_{FB} = 91,92$, $SD = 8,38$; $M_{AL} = 87.81$, $SD = 10,76$; $t(698) = 4,84$, $p = .000$, Tabelle 18) günstigere Werte auf. Keine statistisch signifikanten Unterschiede wurden für die Faktoren *Kreatives Selbst*, *Coping Selbst*, *Essentielles Selbst*, *Körperliches Selbst* und dem Summentotalwert *Wohlbefinden* beobachtet.

Die Hypothese 3a kann nur teilweise bestätigt werden.

Hypothese 3b:

Bei den „verheirateten oder in Partnerschaft lebenden“ Psychotherapeutinnen (F) und Psychotherapeuten (M) zeigen sich in Bezug auf das Wohlbefinden geschlechtsspezifische Unterschiede.

Tabelle 21: MW und SD von Wohlbefinden pro Geschlecht für verheiratete oder in Partnerschaft lebende Personen.

Variable	Verheiratet / in Partnerschaft	N	MW	SD
Wohlbefinden Total	Männer	209	79.77	6.16
	Frauen	352	79.84	5.88
Kreatives Selbst	Männer	209	81.97	7.13
	Frauen	352	81.26	6.79
Coping Selbst	Männer	209	75.71	7.67
	Frauen	352	74.54	7.34
Soziales Selbst	Männer	209	90.52	9.04
	Frauen	352	92.79	7.84
Essentielles Selbst	Männer	209	76.99	9.69
	Frauen	352	78.99	9.61
Körperliches Selbst	Männer	209	78.93	12.23
	Frauen	352	78.05	11.21
Lebenszufriedenheit	Männer	209	83.25	15.53
	Frauen	349	84.03	13.70

Tabelle 22: Resultate des T-Tests, für den Vergleich im Wohlbefinden zwischen den Geschlechtern bei verheirateten oder in Partnerschaft lebenden Probanden.

	Levene-Test der Varianzgleichheit	F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)
Soziales Selbst	Varianzen sind nicht gleich			-3.009	389.275	.003
Essentielles Selbst	Varianzen sind nicht gleich			-2.370	433.939	.02

Es wurden sieben verschiedene Variablen für *Wohlbefinden* getestet. Es sind nur die signifikant ausgefallenen Tests dargestellt. Für beide Tests wurde der klassische T-Test verwendet, da die Varianzen in beiden Gruppen gleich waren (Levene-Test).

Im *Wohlbefinden Total* lassen sich keine Unterschiede zwischen verheirateten / in Partnerschaft lebenden Frauen (F) und Männern (M) finden.

Beim Faktor *Soziales Selbst* jedoch weisen die Frauen höhere Werte als Männer auf ($M_F = 92,79$, $SD = 7,84$; $M_M = 90,52$, $SD = 9,04$; $t(389,28) = -2,37$, $p = .003$) und beim Faktor *Essentielles Selbst* ebenfalls ($M_F = 78,99$, $SD = 9,61$; $M_M = 76,99$, $SD = 9,69$; $t(433,94) = -3,01$, $p = .02$, Tabelle 21).

Alle anderen abhängigen Variablen, die Faktoren *Kreatives Selbst*, *Coping Selbst*, *Körperliches Selbst* und *Lebenszufriedenheit* sind statistisch nicht signifikant.

Die Hypothese 3b kann nur teilweise bestätigt werden. Bei den Faktoren *Soziales Selbst* und *Essentielles Selbst* finden sich geschlechtsspezifische Unterschiede.

Hypothese 4a:

Das Alter und die Berufserfahrung haben einen signifikanten Einfluss auf das Wohlbefinden der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Hypothese 4b:

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die weniger als 5 Jahre Berufserfahrung aufweisen, zeigen niedrigere Werte im Wohlbefinden als Fachkräfte mit längerer Berufserfahrung.

Tabelle 23: Korrelationen für den Zusammenhang zwischen Alter und Berufserfahrung auf das Wohlbefinden

Variable	Berufserfahrung	Alter
Wohlbefinden Total	,144**	,109**
Kreatives Selbst	,135**	
Coping Selbst	,124**	,079*
Soziales Selbst		-,094*
Essentielles Selbst	,087*	,130**
Körperliches Selbst	,125**	,141**
Lebenszufriedenheit	,105**	

Signifikanz: * $p < .05$; ** $p < .01$ (fett)

Es wurde ein statistisch positiver Zusammenhang zwischen Alter, Dauer der Berufserfahrung und erhöhten Werten in allen *fünf Faktoren*, der *Lebenszufriedenheit* und im *Wohlbefinden Total* beobachtet. Allerdings lagen die statistisch signifikanten Korrelationswerte im Bereich von $-.01$ bis $.14$; somit kann davon ausgegangen werden, dass die *fünf Faktoren*, die *Lebenszufriedenheit* und das *Wohlbefinden Total* nicht bedeutsam mit dem Alter und der Berufserfahrung in Zusammenhang stehen.

Die Hypothese 4a kann nicht bestätigt werden.

Die Hypothese 4b kann nicht bestätigt werden.

Hypothese 4c:

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die sich in psychotherapeutischer Weiterbildung befinden (IW), haben ein tieferes Wohlbefinden als andere (NW).

Die Übersicht über die Mittelwerte der einzelnen Faktoren sowie des *Wohlbefinden Total* findet sich in der folgenden Darstellung:

Tabelle 24: Mittelwerte Wohlbefinden PsychotherapeutInnen in Weiterbildung und nicht in Weiterbildung

<i>Variable</i>		N	MW	SD
Wohlbefinden Total	IW	165	78,19	6,07
	NW	528	80,20	6,03
Kreatives Selbst	IW	165	80,10	6,91
	NW	527	81,96	6,81
Coping Selbst	IW	165	73,10	8,27
	NW	527	75,59	7,30
Soziales Selbst	IW	165	90,90	9,32
	NW	527	91,25	8,97
Essentielles Selbst	IW	165	76,52	9,72
	NW	527	78,89	9,81
Körperliches Selbst	IW	165	76,52	11,34
	NW	527	78,84	11,69
Lebenszufriedenheit	IW	164	79,73	14,54
	NW	525	83,48	14,64

Tabelle 25: Resultate der T-Tests, um PsychotherapeutInnen in Weiterbildung mit solchen, die nicht in Weiterbildung stehen zu vergleichen. Es werden nur die statistisch signifikanten Ergebnisse dargestellt.

<i>Variable</i>	Levene-Test der Varianzgleichheit	F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)
Wohlbefinden Total	Varianzen sind nicht gleich			-3,726	272,746	,000
Kreatives Selbst	Varianzen sind nicht gleich			-3,027	270,958	,003
Coping Selbst	Varianzen sind nicht gleich			-3,458	249,019	,001
Essentielles Selbst	Varianzen sind nicht gleich			-2,730	276,678	,007
Körperliches Selbst	Varianzen sind nicht gleich			-2,278	281,473	,023
Lebenszufriedenheit	Varianzen sind gleich	6,475	,011	-2,869	687	,004

Die Varianzen unterschieden sich nur für *Lebenszufriedenheit* zwischen den Gruppen signifikant (Levene-Test, $p = 0.011$). Deshalb wurde nur für *Lebenszufriedenheit* die Welch-Korrektur verwendet. Die Ergebnisse sind in allen Bereichen, ausser beim Faktor *Soziales Selbst* signifikant. Die Werte sind bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die sich momentan in Weiterbildung befinden (IW) signifikant und konsistent schlechter, als bei jenen, die sich nicht in Weiterbildung (NW) befinden.

Die Hypothese 4c kann bestätigt werden.

Hypothese 4d:

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in psychotherapeutischer Weiterbildung mit weniger als 5 Jahren Berufserfahrung haben ein tieferes Wohlbefinden als solche in Weiterbildung mit mehr als 5 Jahren Berufserfahrung.

Tabelle 26: Mittelwerte von Wohlbefinden der PsychotherapeutInnen in Weiterbildung und mit unterschiedlicher Berufserfahrung

<i>Variable</i>	Berufserfahrung	N	MW	SD
Wohlbefinden Total	< 5 Jahre	135	78,44	5,55
	5 Jahre und mehr	30	77,07	8,01
Kreatives Selbst	< 5 Jahre	135	80,30	6,55
	5 Jahre und mehr	30	79,17	8,39
Coping Selbst	< 5 Jahre	135	73,20	8,27
	5 Jahre und mehr	30	72,68	8,41
Soziales Selbst	< 5 Jahre	135	91,53	8,55
	5 Jahre und mehr	30	88,04	11,98
Essentielles Selbst	< 5 Jahre	135	76,85	9,22
	5 Jahre und mehr	30	75,04	11,75
Körperliches Selbst	< 5 Jahre	135	76,70	10,37
	5 Jahre und mehr	30	75,74	15,17
Lebenszufriedenheit	< 5 Jahre	134	80,22	13,39
	5 Jahre und mehr	30	77,50	18,97

Es wurden sieben verschiedene Variablen für *Wohlbefinden* mittels T-Tests analysiert. Sowohl im *Wohlbefinden Total* ($p = .263$), wie auch in den fünf Unterfaktoren (*Kreatives Selbst* ($p = .492$), *Coping Selbst* ($p = .758$), *Soziales Selbst* ($p = .063$), *Essentielles Selbst* ($p = .357$) und *Körperliches Selbst* ($p = .678$)) und in der Variable *Lebenszufriedenheit* ($p = .355$) lassen sich keine Unterschiede zwischen PsychotherapeutInnen in Weiterbildung mit weniger als fünf Jahren Berufserfahrung und solchen in Weiterbildung mit mehr als fünf Jahren Berufserfahrung finden.

Die Hypothese 4d kann nicht bestätigt werden.

Hypothese 5a:

Die Arbeitsform (angestellt, selbständig, delegiert arbeitend, etc.) hat einen Einfluss auf das Wohlbefinden.

Hypothese 5b:

Selbständig arbeitende Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (SA) haben ein höheres Wohlbefinden als andere (DA = delegiert arbeitend; A = angestellt).

Tabelle 27: Ein-Weg-Varianzanalysetabelle für den Einfluss der Arbeitsform auf das Wohlbefinden

Wohlbefinden Total					
	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Arbeitsform	614,889	2	307,445	8,603	,000
Rest	16510,267	462	35,737		
Gesamt	17125,157	464			

Die Arbeitsform hat einen signifikanten Einfluss auf das Wohlbefinden ($p < 0.001$, Tabelle 26).

Die Hypothese 5a kann bestätigt werden.

Beim folgenden Post-Hoc-Test nach Tamhane werden die Unterschiede der einzelnen Untergruppen deutlich:

Tabelle 28: Post-Hoc-Test nach Tamhane für die Unterschiede zwischen den drei Arbeitsformen

Wohlbefinden Total		95%-Konfidenzintervall				
		Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz	Untergrenze	Obergrenze
angestellt	delegiert	-1,81456	,86102	,108	-3,9026	,2735
	selbständig	-2,54463*	,60103	,000	-3,9868	-1,1025
selbständig	delegiert	0.73	,83	,764	-1,29	2,75

*. Die Differenz der Mittelwerte ist auf dem Niveau 0.05 signifikant.

Selbständig arbeitende Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten weisen gegenüber angestellt arbeitenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beim *Wohlbefinden Total* signifikant bessere Werte auf, während der Unterschied zwischen den selbständigen und den delegierten nicht signifikant war ($M_{SA} = 80.50$, $SD = 6,08$; $M_{DA} = 79,77$, $SD = 5,71$; $M_A = 77,96$, $SD = 6,26$).

Die Hypothese 5b kann nur teilweise bestätigt werden: Die selbständig Arbeitenden haben zwar den höchsten Mittelwert im Wohlbefinden, dieser ist jedoch nur von den angestellt Arbeitenden signifikant verschieden, nicht von den delegiert Arbeitenden.

Hypothese 6a:

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in regelmässiger Super- oder Intervision zeigen ein besseres Wohlbefinden als solche, die weder das eine noch das andere besuchen.

Hypothese 6b:

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die in regelmässiger Super- und Intervision sind, zeigen ein höheres Wohlbefinden, als solche, die entweder nur in Super- oder nur in Intervision sind.

Hypothese 6c:

Es gibt Unterschiede im Wohlbefinden durch die Inanspruchnahme von Supervision oder von Intervision.

Tabelle 29: MW und SD des Wohlbefinden bei Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Supervision und/oder Intervision oder keines

Wohlbefinden Total	N	MW	Standardabweichung
Super- und Intervision	385	79,91	6,15744
Weder noch	59	78,64	6,42375
Nur Supervision	150	79,61	6,11425
Nur Intervision	102	79,78	5,19987
Gesamt	696	79,72	6,03815

Tabelle 30: Ein-Weg-Varianzanalysetabelle für Einfluss von Supervision/Intervision

Wohlbefinden Total	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Super-/Intervision	85,720	3	28,573	,783	,504
Rest	25253,459	692	36,493		
Gesamt	25339,179	695			

Die Varianzanalyse liefert ein nicht signifikantes Ergebnis. Das Wohlbefinden von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten unterscheidet sich weder aufgrund von Super- oder Intervention, noch ob sie beides oder weder noch besuchen.

Die Hypothese 6a kann nicht bestätigt werden.

Die Hypothese 6b kann nicht bestätigt werden.

Die Hypothese 6c kann nicht bestätigt werden.

Hypothese 7:

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die während ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit einen Kurs oder eine Veranstaltung zum Thema „Selbstfürsorge“ (Psychohygiene, Work-Life-Balance, o.ä.) besucht haben, zeigen ein höheres Wohlbefinden als solche, die dies nicht getan haben.

Tabelle 31: Resultate der T-Tests, um Unterschiede zwischen Personen, die Selbstfürsorgekurse besucht haben und solchen, die keine Kurse besucht haben, zu testen.

	Levene-Test der Varianzgleichheit	F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)
Wohlbefinden Total	Varianzen sind nicht gleich			2,917	251,540	,004
Essentielles Selbst	Varianzen sind gleich	4,465	,035	4,421	693	,000

Es wurden sieben verschiedene abhängige Variablen getestet, jedoch nur die signifikanten Resultate dargestellt. Da die Varianzen im *Essentiellen Selbst* unterschiedlich sind (Levene-Test), wurde die Welch-Korrektur verwendet. Im *Wohlbefinden Total* sind die Varianzen gleich, weshalb der klassische T-Test verwendet wurde.

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die einen Kurs zum Thema Selbstfürsorge besucht haben (PS), zeigen im Vergleich mit jenen, die keinen entsprechenden Kurs besucht haben (PK), beim *Wohlbefinden Total* ($M_{PS} = 80,95$, $SD = 6,10$; $M_{PK} = 79,34$, $SD = 6,03$; $t(251,54) = 2,92$, $p = .004$) und beim *Essentiellen Selbst* ($M_{PS} = 81,28$, $SD = 8,79$; $M_{PK} = 77,39$, $SD = 9,92$; $t(693) = 4,421$, $p = .000$) höhere Werte. Alle anderen abhängigen Variablen, die Faktoren, *Kreatives Selbst*, *Coping Selbst*, *Soziales Selbst* und *Körperliches Selbst*, sind statistisch nicht signifikant.

Die Hypothese 7 kann bestätigt werden.

Hypothese 8:

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (UP) zeigen höhere Werte in der Skala *Realistische Überzeugungen* als die Normalpopulation (NP).

Der T-Test zeigt, dass im Vergleich zu einer Normalpopulation das untersuchte Sample erhöhte Werte in der Skala *Realistische Überzeugungen* aufweist ($M_{NP} = 60.71$; $M_{UP} = 68,74$; $t(703) = 20,38$, $p = .000$).

Die Hypothese 8 kann auf einem Signifikanzniveau von $p < 0.001$ bestätigt werden.

8.4 Kategoriale Zusammenfassung der offenen Antworten

In Anlehnung an die Kategorienbildung nach Mayring (2002, S. 116) folgen nun die Antworten aus der offenen Frage der Untersuchung. Aus den 159 Antworten auf die Frage „Wurde zum Thema Selbstfürsorge / Gesundheitsverhalten in dieser Befragung etwas Wichtiges nicht erwähnt, das Sie an dieser Stelle noch erwähnen möchten?“ lassen sich acht Themenblöcke generieren.

Kinder

Kinder wurden bei der Frage nach fehlenden Aspekten im Fragebogen am häufigsten genannt. Dabei wurden diese einerseits als wichtige Ressource genannt, andererseits aber auch als Belastungsfaktor, etwa im Falle einer Doppelbelastung bei alleinerziehenden Elternteilen. Es wurde auch darauf hingewiesen, dass man Familienzeit nicht einfach dem Themenkreis ‚Freizeit‘ zuschlagen könne. Wichtig schien ausserdem der Aspekt der Generativität, wobei in diesem Zusammenhang auch das Dozieren bei einer jüngeren Generation als Quelle der Befriedigung erwähnt wurde. Die Autorin des Tests meinte auf Rückfrage dazu, Kinder zu haben sei nicht universell, viele Menschen würden heutzutage freiwillig kinderlos bleiben und trotzdem ‚gesunde Familien‘ haben, was nach ihrer Meinung ausschlaggebend für das Wohlbefinden sei.

Schlaf

Ob man genügend schlafe, einen erholsamen Schlaf habe oder auch mal einen Mittagschlaf mache, schien mehreren Personen für das Wohlbefinden wichtig. Sie regten an, das Schlafverhalten und die Regelmässigkeit der Erholung durch Schlaf genauer zu untersuchen.

Weltanschauung und Kontemplation

Einige Nennungen betrafen das Prinzip der Achtsamkeit. Dabei ging es den Antwortenden um die Achtsamkeit im Alltag ohne religiösen Hintergrund oder um Achtsamkeitsübungen. Genannt wurde auch die Kontemplation und das Üben von ‚Sein‘ anstelle von ‚sich beschäftigen‘. Auch erwähnt wurde, sich mit dem Sinn des Lebens und philosophischen Fragen zu beschäftigen und von Dankbarkeit erfüllt zu sein.

Tiere

Einige Antworten wiesen darauf hin, dass Tiere und der Umgang mit diesen eine wichtige Quelle zur Selbstfürsorge sein können.

Körper und Sexualität

Thematisiert wurde insbesondere der Themenbereich Körper und Sexualität. Mehrmals wurden in diesem Zusammenhang die eigene Körperwahrnehmung, der Kontakt zum eigenen Körper und der körperliche Kontakt mit anderen Menschen erwähnt. In Bezug auf Wohlbefinden hätten einige in der Untersuchung die Frage nach einem erfüllenden Sexualleben oder generell nach dem Stellenwert von Sexualität im Leben erwartet. Dieses Item entfernten die Autoren des Tests wieder, da sie meinen, ein Leben ohne Sexualität – wie ein zölibatäres Leben – schliesse nicht automatisch auf ein unerfülltes Leben.

Arbeitsbezogene Rahmenbedingungen

Arbeitskontext, adäquates Honorar oder die politischen Umstände im Gesundheitswesen wurden mehrmals als für das Wohlbefinden bedeutungsvoll empfunden. Auch auf die Frage nach der Akzeptanz des Berufsstandes mit dem Hinweis des Ungleichgewichtes zwischen Medizinern und Psychologen wurde hingewiesen, genauso wie auf die fehlende Differenzierung zwischen genereller Zufriedenheit mit dem Beruf und der Situation in der Berufsausübung am Arbeitsplatz.

Selbsterfahrung

Kontinuierliche Weiterbildung, Fortbildung und die Freude dazu wurden als Faktoren zum Wohlbefinden erwähnt. Ähnlich sind auch die genannte Bedeutung von Qualität und Struktur der Ausbildung, die fachliche Identifikation und die periodische Selbsterfahrung einzuordnen.

Kritische Stimmen

Einigen schien der Fragebogen zu redundant oder zu allgemein formuliert. Beanstandet wurde auch die fehlende neutrale Antwortmöglichkeit.

9. Diskussion

Es folgen eine Zusammenfassung der Arbeit, die Diskussion der Ergebnisse und die Beantwortung der Fragestellung. Die kritische Betrachtung der Untersuchung, weiterführende Überlegungen und Anregungen zu weiteren Forschungsarbeiten schliessen die Arbeit ab.

9.1 Zusammenfassung

Diese Arbeit ging der Frage nach, wie sich das Gesundheitsverhalten im Sinne eines Selbstfürsorgeverhaltens bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Schweiz darstellt. Die Untersuchung basierte auf einem ganzheitlichen Menschenbild, dem die Unteilbarkeit von Körper, Seele und Geist zu Grunde liegt, und das Wohlbefinden als Entwicklungsprozess versteht.

Als Einstieg in das Thema wurde in Kapitel 1 das Berufsbild Psychotherapie umrissen. Dabei wurde neben der allgemeinen beruflichen Tätigkeit auf die hohen Anforderungen und Einflüsse bei der Arbeit eingegangen, die zu Belastungen und zur Beeinträchtigung der Professionalität führen können. Dem Thema Selbstfürsorge wurde Kapitel 2 gewidmet. Als Voraussetzung für eine professionelle psychotherapeutische Tätigkeit wurde der Begriff Selbstfürsorge eingeführt und auf das proaktive Verhalten und die salutogenetische Perspektive als Basis für die Selbstfürsorge eingegangen. In Kapitel 2.4 wurden die wichtigsten Selbstfürsorgestrategien aus der Literatur und der Forschung dargestellt und die Konsequenzen mangelnder Selbstfürsorge für Therapeutin und Patient beleuchtet. Ein besonderer Blick galt dabei den Berufsanfängerinnen als Risikogruppe. In Kapitel 3 wurde das für die Untersuchung gewählte Messinstrument, der *Five Factor Wellness Inventory*, detailliert erläutert. Zentrale Begriffe des Fragebogens wie *Wohlbefinden* und *Spiritualität* wurden definiert und mit der dem Instrument zugrundeliegenden Individualpsychologie Alfred Adlers in die Theorie eingebettet. Das auf der Individualpsychologie basierende Modell des Unteilbaren Selbst wurde detailliert dargestellt und der darauf aufbauende Fragebogen beschrieben. Kapitel 3.4 enthält eine Auswahl an Forschungsarbeiten, die mit dem 5F-WEL getätigt wurden. Der letzte Teil der Theorie wurde der Testadaptation gewidmet. Für die vorliegende Untersuchung wurde die amerikanische Originalversion ins Deutsche übersetzt. Die dazu notwendigen Standards für die Übersetzung und Adaptation wurden aufgeführt und auf die Grenzen des Tests für die vorliegende Untersuchung hingewiesen.

Der empirische Teil beginnt mit der Fragestellung und den damit in Zusammenhang stehenden Hypothesen. In Kapitel 6 wurde der Vorgang der Übersetzung und der Adap-

tation dargestellt. Er beschreibt die Hin- und Rückübersetzung, die darauf erfolgte Anpassung der deutschen Version und die Pilotstudie. Die Untersuchungsmethode wurde in Kapitel 7 erläutert. Sie umfasst die Stichprobenrekrutierung, die Datenerhebung und die für die statistischen Analysen angewendeten Verfahren wie T-Test, Korrelationen nach Pearson oder Varianzanalyse. Der Ergebnis-Teil der Arbeit, Kapitel 8, ist unterteilt in die Ergebnisse der Testadaptation und diejenigen des Fragebogens. Nach dem Vergleich der übersetzten Version mit der amerikanischen Originalversion wurde die Stichprobe deskriptiv dargestellt und die Resultate der einzelnen Hypothesen aufgeführt. Als Abschluss des empirischen Teils folgte eine kategoriale Zusammenfassung der Antworten auf die in der Untersuchung angefügte offene Frage zum Thema Selbstfürsorge, welche jedoch nicht in die Hypothesen miteinbezogen wurde.

9.2 Diskussion und Interpretation der Ergebnisse

Die Reliabilität der ins Deutsch übersetzten Version wurde mit den Werten der amerikanischen Originalversion und denjenigen anderer Sprachadaptationen verglichen (Myers & Sweeney, 2005). Das übergeordnete *Wohlbefinden Total* deutet mit einem Wert von .90 auf eine grundsätzlich hohe Reliabilität des Fragebogens hin. Die geringere Reliabilität einzelner Faktoren und unterer Skalen kann auf mögliche kulturelle Unterschiede hinweisen. Die Werte des Faktors *Coping Selbst* weisen eine niedrigere Reliabilität auf. Die Skala *Freizeit*, die in diesem Faktor mit dem sehr niedrigen Reliabilitäts-Wert von .37 enthalten ist, könnte auf eine andere Gewichtung von Freizeit in unserem Kulturraum hinweisen. Mit den eigenen Freizeitaktivitäten zufrieden sein und einen Ausgleich zwischen Freizeit und Beruf haben, könnte in unserem Kulturkreis eine andere Relevanz oder Selbstverständlichkeit haben. Der tiefe Wert könnte aber auch ein Hinweis darauf sein, dass die Items zu universell formuliert sind. Die Skala *Selbstfürsorge* zielt auf gewohnheitsbedingte, präventive Massnahmen ab, die möglicherweise in unserem Kulturraum mit grösserer Selbstverständlichkeit gehandhabt werden. So ist es beispielsweise selbstredend, dass man sich beim Autofahren anschnallt. Der massvolle Konsum von Alkohol etwa könnte im europäischen Kulturkreis nach dem aktuellen Wissenstand der Ernährungswissenschaft (vgl. BAG, 2010) nicht als gänzlich ungesund betrachtet werden, weshalb ein absoluter Verzicht auf Alkohol keine Wertsteigerung der Selbstfürsorge darstellen würde. Die kontextuelle Skala *Institutionell* zielt auf soziale und politische Systeme ab, die die tägliche Arbeitsweise beeinflussen. Dabei vom Staat als Quelle des Wohlergehens oder von der Religion zu reden, entspricht möglicherweise nicht dem hiesigen Gesellschaftsverständnis, welches auf einer demokratisch geprägten, selbstwirksamen Orientierung basiert. Ein deutlicher Unterschied, der auf eine kulturelle Ungleichheit hinweist, findet sich in einem Item der *örtlichen* Kontextskala: „Ich habe Angst, dass ich oder meine Familie von Terroristen versehrt werden“. Es ist das

mit Abstand am stärksten abgelehnte Item des Fragebogens und scheint in keiner Weise die Befürchtungen oder Sicherheitsbedürfnisse der befragten Gruppe und wohl auch nicht der hiesigen Gesellschaft zu repräsentieren.

Um die einzelnen Skalen für den hiesigen Kulturraum zu verbessern, wären folgende Änderungen in Betracht zu ziehen: Die Skala *Freizeit* könnte drei eher redundante Items differenzieren, indem etwa das Item: „Meine Freizeitaktivitäten sind ein wichtiger Teil meines Lebens“ umformuliert würde in: „Mein Hobby bildet einen guten Ausgleich zu meiner Arbeit.“ Die Wiederholung von ‚Freizeitaktivitäten‘ würde damit vermieden und gleichzeitig der Aspekt des Ausgleichs betont. Das Item „Wenn ich Auto fahre, schnalle ich mich immer an“ sollte aufgrund geringer Repräsentativität proaktiver Gesundheitsmassnahmen in unserem Kulturraum zugunsten von „Ich Sorge dafür, dass ich täglich ausreichend Schlaf bekomme“ ersetzt werden. Weiter sollten die Items zur Ernährung den aktuellsten Ernährungsempfehlungen angepasst und entsprechend freier formuliert werden. So würde etwa das Item „Ich esse täglich mindestens drei Mahlzeiten, inklusive Frühstück“ in „Ich esse regelmässig und immer abwechslungsreich“ verbessert werden können.

Insgesamt ist mit der übersetzten deutschen Version jedoch eine brauchbare Version des Fragebogens vorhanden.

Das Wohlbefinden von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten hinsichtlich eines optimalen Gesundheitszustandes liegt bei 79.6 Punkten. Während in der erfassten Normgruppe lediglich 30% diesen oder einen höheren Wert erreichen, sind es in der Untersuchungspopulation 49,9%. Aussagekräftig werden die Ergebnisse, wenn man die einzelnen Faktoren in Beziehung zueinander und zum Totalwert *Wohlbefinden* stellt. Innerhalb der einzelnen Faktoren, aus denen sich das *Wohlbefinden Total* zusammensetzt, sind nur geringe Unterschiede zu vermerken. Die höchsten Werte werden dabei beim Faktor *Soziales Selbst* erzielt. Dabei erzielt der Unterfaktor *Liebe*, mit 94.7, den in der gesamten Umfrage höchsten Wert und liegt somit knapp unter dem Optimum von 100. Dieser Umstand lässt vermuten, dass Liebe, Freundschaft und vertraute Beziehungen bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sehr stark zu ihrem Wohlbefinden beitragen. Das mag nicht erstaunen, gilt das Schaffen und Aufrechterhalten funktionierender Beziehungen als eine der Kernaufgaben psychotherapeutischen Arbeitens. Entsprechend ist davon auszugehen, dass diese Kompetenz auch im privaten Bereich ihre Wirkung zeigt. Dies entspricht auch der Aussage die Norcross und Guy in ihrer Untersuchung erhielten, wonach Therapeutinnen aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit eine verbesserte Beziehungsfähigkeit haben (2007, S.21ff). Wie auch im Theorieteil erwähnt, gehört die Pflege eines sozialen Unterstützungsnetzes von Freundschaften und tragenden Liebesbeziehungen nicht nur zur Selbstfürsorge (Kap. 2.4, S. 24; Barnett,

2009; Reddemann, 2000; Stevanovic & Rupert, 2004; Reimer, 2005), sie gilt auch als Kompetenz für Professionalität (Kap. 1.1, Elman et al., 2005). Entsprechend liesse sich folgern, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wissen, was für ihr persönliches Wohlergehen *und* die Berufsausübung von höchster Bedeutung ist – und auch danach handeln.

An diesem Punkt sei nochmals auf die Unsicherheit hingewiesen, dass aufgrund der grossen Anzahl T-Tests drei nur zufällig signifikant ausfallen könnten (vgl. Kap. 7.1.3). Die Tendenz der Ergebnisse der Untersuchung bleibt jedoch erhalten.

Den geringsten Wert unter den fünf Faktoren, erzielte das *Coping Selbst* mit 75.0, was dennoch einer durchschnittlichen Zustimmung gleichzusetzen ist (75.0 = „Stimme zu“). Ob die einzelnen Skalen des Faktors für die tieferen Werte verantwortlich sind oder die niedrige Reliabilität (.73) einen Einfluss hat, lässt sich nicht schlüssig festlegen. Dennoch könnte man die Daten dahingehend interpretieren, dass die Stichprobe etwa dem Unterfaktor *Realistische Überzeugungen* (68.7) aus dem Faktor *Coping Selbst* weniger Bedeutung für das allgemeine Wohlbefinden beimisst, als *Freundschaft* und *Liebe*. Unter dem Vorbehalt der niedrigen Reliabilität ist das Ergebnis der geringsten Werte im *Coping Selbst* gegenüber allen anderen Faktoren überraschend. Es wäre zu erwarten gewesen, dass eine Untersuchungspopulation von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gerade in einem Faktor, der Bewältigungsstrategien misst, höhere Werte erzielt hätte, da dies zu ihren Kernaufgaben gehört. Eine Erklärung könnte darin liegen, dass der Unterfaktor *Freizeit*, der zum *Coping Selbst* gehört, nicht richtig erfassen konnte, womit die Stichprobe den Freizeit-Arbeits-Ausgleich erreicht, hat dieser Unterfaktor doch einen niedrigen Reliabilitäts-Wert erzielt. Daneben wäre die Möglichkeit in Betracht zu ziehen, dass die untersuchte Stichprobe dem aktiven Schaffen von Gegengewichten, im Sinne eines Freizeit-Arbeits-Ausgleiches, wie es Brentrup (2002) proklamiert, wenig Bedeutung beimisst. Dass die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im *Wohlbefinden Total* einen hohen Gesamtwert erzielen, lässt den Schluss zu, dass diese weniger gewichtete Relevanz durch andere Bereiche kompensiert wird, wie die genannten Bereiche *Liebe* und *Freundschaft* aus dem *Sozialen Selbst*, aber auch *Selbstfürsorge* (92.4) aus dem *Essentiellen Selbst*. An diesem Punkt ist anzumerken, dass in der Aufzählung der fünf am höchsten positiv bewerteten Items (Kap. 8.3), die Aussage „Ich nehme keine illegalen Drogen“ an erster Stelle steht, was sich im Faktor *Selbstfürsorge* deutlich niederschlägt. Da der Reliabilitäts-Wert jedoch bei .46 liegt, muss die Genauigkeit der Messung eher kritisch betrachtet werden.

Im Vergleich mit allen anderen Bereichen fällt der Bereich *Spiritualität* im Faktor *Essentielles Selbst* mit dem niedrigsten Wert von 64.8 auf. Auf den ersten Blick könnte man davon ausgehen, dass Spiritualität bei der Untersuchungspopulation nur wenig zum

Wohlbefinden beiträgt. Bei genauerer Betrachtung kann man jedoch festhalten, dass der Begriff *Spiritualität* im hiesigen kulturellen Verständnis widersprüchlich oder zu eng im Sinne von ‚Religiosität‘ verstanden werden kann. Das geht aus zahlreichen Rückmeldungen (vgl. Kap. 8.4) wie auch aus der Aufzählung der fünf am stärksten negativ beantworteten Fragen hervor. Die Frage „Ich nehme an religiösen oder spirituellen Veranstaltungen teil“ wurde am zweithäufigsten ablehnend beantwortet. Dazu würde auch das typische Missverständnis zum Begriff ‚Spiritualität‘ im psychologischen Arbeitsfeld passen, das von Myers und Sweeney (2005) betont wird. Interessant wäre, ob mit der Definition von Wilber (2000, Kap. 3.1), wonach Spiritualität auch dem *transformativen* Ziel diene – nämlich das Ego zu überschreiten und anstatt es zu verstärken, es aufzulösen – dieselben Resultate oder gänzlich andere Ergebnisse erzielt worden wären. Als mögliche wichtige Selbstfürsorgestrategien zählen Pope und Vasquez (2005, S. 17, Kap. 2.4) jedenfalls die Zeit für Meditation, Gebete oder andere spirituelle Praktiken auf. Denkbar wäre auch, dass das Konzept einer spirituellen oder religiösen Ordnung, das eine unfehlbare, bestimmende und übergeordnete Macht als Axiom voraussetzt, der psychotherapeutischen Denkweise der Selbstbestimmung und Selbstwirksamkeit zuwiderläuft. Immerhin gilt etwa das kritisch neugierige Hinterfragen als wünschenswerter Charakterzug für künftige Therapeutinnen und Therapeuten (Kap. 1.1, Hain, 2001). Für das gesamte *Essentielle Selbst*, das sich durch grundlegende, sinnstiftende Prozesse bildet, lässt sich festhalten, dass der niedrige Wert auf der Skala *Spiritualität* mit hohen Werten auf den Skalen der *Gender-* und *kulturellen Identität* kompensiert wird.

Im Geschlechtervergleich lassen sich in Bezug auf das generelle Wohlbefinden sowie auf die Lebenszufriedenheit keine Unterschiede aufzeigen. Falls innerhalb des Gesundheitsverhaltens geschlechtsspezifische Unterschiede vorhanden wären, würden sich diese im allgemeinen Wohlbefinden nicht bemerkbar machen, oder einander kompensieren.

Vergleicht man die vorliegende Stichprobe von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Normalpopulation, weisen die psychotherapeutischen Fachkräfte in allen Bereichen deutlich höhere Werte auf. Die Aussage, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten generell ein höheres Wohlbefinden haben, hat jedoch keine uneingeschränkte Gültigkeit. Die für die vorliegende Untersuchung verwendete Normalpopulation ist aus amerikanischen Forschungsstudien hervorgegangen und weist in der Geschlechterverteilung sowie in der Bildung keine gänzlich repräsentativen Normen auf. Deshalb und aufgrund der kulturellen Unterschiede wäre die Bildung einer eigenen Normalpopulation ideal, was jedoch im Rahmen dieser Untersuchung nicht möglich war. Selbst mit Normen aus dem eigenen Kulturraum geht es bei der Interpretation der Ergebnisse trotzdem in erster Linie immer um den Vergleich der einzelnen Bereiche

untereinander innerhalb der Stichprobe. Trotzdem stellen Normen Orientierungspunkte dar.

So steht beispielsweise das *Soziale Selbst* auch bei der Normalpopulation an oberster Stelle. An letzter Stelle steht das *Körperliche Selbst*, beim Untersuchungssample jedoch das *Coping Selbst*. Das könnte darauf zurückzuführen sein, dass den beiden Bereichen *Bewegung* und *Ernährung* im amerikanischen Kulturraum weniger Bedeutung für das allgemeine Wohlbefinden beigemessen werden als in unserem Kulturraum. Da Ernährung, ausreichender Schlaf und regelmässige Bewegung als gebräuchlichste Selbstfürsorgestrategie gelten (Kap. 2.4, DeAngelis, 2002; Reddemann, 2003), ist dieses Ergebnis erfreulich. Gemäss Myers sind in den USA zwei von drei Erwachsenen entweder übergewichtig oder adipös (Myers, persönliche Mitteilung, Mai, 2010). In der Schweiz weisen gemäss Bundesamt für Gesundheit 46% der Männer und 29% der Frauen ein zu hohes Körpergewicht auf ($BMI \geq 25$), was im Vergleich mit anderen Studien aus dem In- und Ausland eher tiefer liegt. Obwohl bei den Ernährungsgewohnheiten noch immer Handlungsbedarf bestehe, achten 70% der Schweizerinnen und Schweizer auf ihre Ernährung (BAG, 2010). Darin könnte der wesentliche Unterschied in den Ergebnissen zu finden sein. Dass sich das Gesundheitsverhalten bei der vorliegenden Stichprobe besser darstellt als bei einer Normalpopulation, könnte auf mehrere Gründe zurückzuführen sein: der soziale Status, den dieser Beruf mit sich bringt, die Belohnungen der Tätigkeit, die nähren und zufriedenstellen, die hochspezialisierte Aus- und Weiterbildung, das Gefühl von Generativität, das genährt wird, ein hohes Gesundheitsbewusstsein, das allerdings auch in der Normalpopulation der Schweiz vorhanden ist und ein hohes Verantwortungsbewusstsein.

Während auf der übergeordneten Ebene des *Wohlbefinden Total* keine Unterschiede zwischen verheirateten oder in Partnerschaft lebenden und alleine lebenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu verzeichnen sind, finden sich auf der zweiten Ebene im Bereich *Soziales Selbst* ein höheres Wohlbefinden der Erstgenannten. Ausserdem scheint die *Lebenszufriedenheit* von in Partnerschaft oder in Ehe lebender Therapeutinnen und Therapeuten gegenüber alleine lebenden grösser zu sein. Dass die beiden Faktoren *Liebe* und *Freundschaft* in der vorliegenden Untersuchung im *Sozialen Selbst* am höchsten bewertet sind, kann sich aus den Antworten auf die Frage nach der Lebensform erklären. Da die Stabilität von Beziehungen eine gewichtige Rolle für die Lebenszufriedenheit spielt, erstaunt auch dieses Ergebnis nicht. Viele Autoren weisen auf den besonderen Wert von Partnerschaften (z.B. Barnett, 2009; Reimer & Jurkat, 2001, Kap. 2.4) oder auf die positive Korrelation unterstützender Beziehungen mit effektiver Selbstfürsorge hin (Norcross & Brown, 2000, Kap. 2.4).

Ob in dieser Frage ein geschlechtsspezifischer Unterschied in Bezug auf das Wohlbefinden besteht, kann grösstenteils verneint werden. Verheiratete Frauen zeigen jedoch bei den beiden Unterfaktoren *Soziales Selbst* und *Essentielles Selbst* gegenüber den verheirateten Männern erhöhte Werte. Dies könnte möglicherweise bedeuten, dass in Beziehung lebende Frauen der Partnerschaft für das Wohlbefinden mehr Bedeutung beimessen. Für diese Gruppe scheint Partnerschaft sinn- oder identitätsstiftender zu sein als für die Männer, die in Beziehung leben.

Dass Alter und Berufserfahrung nichts mit dem generellen Wohlbefinden zu tun haben, mag erstaunen. Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten mit höherem Alter oder mehr Berufserfahrung weisen keinen besseren Wert im Wohlbefinden aus, obwohl sie auf mehr Lebenserfahrung, mehr Routine und auf eine daraus folgernde Gelassenheit zurückgreifen könnten. Es scheint, als könnten Jüngere und solche mit weniger Berufserfahrung diesen Umstand mit anderen Fähigkeiten kompensieren. Möglicherweise bringt mehr Berufserfahrung und höheres Alter mehr Gelassenheit mit sich, dafür stehen aber auch weniger körperliche Ressourcen zur Verfügung. Die Theorie könnte dieses Ergebnis mit den Aussagen Norcross und Browns (2000) und Norcross und Guys (2007; Kap. 1.2) erklären, wonach über die Jahre der Berufstätigkeit grundlegend ein Sinn für Zweck und Bedeutung bestehen bleibe, während sich die Quellen der Zufriedenheit verändern können. Die Anfälligkeit auf beruflichen Stress bei jüngeren und neueren Fachkräften (Kap. 2.6; z.B. Skovholt & Rønnestad, 2003) konnte jedoch mit vorliegender Untersuchung nicht bestätigt werden. Schwierigkeiten, wie erworbene Idealvorstellungen oder die Furcht, nicht ernst genommen zu werden (Schmidbauer, 2005), konnten nicht in Zusammenhang mit dem Berufsbeginn oder mit dem Alter gebracht werden. Ebenso wenig zeigte sich, dass erfahrene Therapeutinnen und Therapeuten eine besonders hohe Zufriedenheit aufweisen, wie dies Norcross und Guy (2007) herausfanden.

Psychotherapeutische Weiterbildung ganz allgemein, unabhängig von Alter und Berufserfahrung, ist jedoch ein entscheidender Faktor für ein tieferes Wohlbefinden. Das wird durch signifikant schlechtere Werte in allen Bereichen ausser beim Faktor *Soziales Selbst* bestätigt. Weiterbildung findet praktisch immer parallel zur Arbeitstätigkeit statt und bedeutet deshalb zusätzliche Beanspruchung. Dies erwähnt auch von Rad (1997, Kap. 1.3.2), der die lange finanzielle Abhängigkeit betont, die mit Verzicht und Einschränkung verbunden ist. Darin könnte eine Erklärung für die tieferen Werte liegen. Höhere Werte beim *Sozialen Selbst* könnten hingegen dokumentieren, dass bei einer Weiterbildung wohl von erweiterten sozialen Kontakten profitiert werden kann.

Ob jemand angestellt ist, delegiert oder selbständig arbeitet, hat einen Einfluss auf das Wohlbefinden. Dabei findet sich die Schnittstelle zwischen angestellt versus dele-

giert/selbständig. Letztere schneiden dabei besser ab. Eine Begründung könnte in der Vermutung liegen, dass diese mehr Autonomie haben, in zeitlicher und inhaltlicher Ausgestaltung ihrer Berufstätigkeit freier sind und damit selbstbestimmter wirken können. Auch unterliegen sie weniger institutionellen Sachzwängen. Diese Punkte scheinen eine mögliche finanzielle Unsicherheit mehr als kompensieren zu können. Die Ergebnisse decken sich hierbei mit der Theorie, dass selbständig arbeitende Psychotherapeutinnen und -therapeuten weniger Stress ausgesetzt seien (Orlinsky & Rønnestad, 2005; Rupert & Kent, 2007, Kap. 1.3.1) und die mit der Selbständigkeit verbundene Autonomie ein wesentlicher Faktor für Wohlbefinden sei (Norcross & Guy, 2007). Bemerkenswerterweise arbeiten 43% aller für die Untersuchung Befragten selbständig oder delegiert. Männer und Frauen unterscheiden sich dabei um weniger als 1%. Schlechten Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz, fehlenden Mitbestimmungsmöglichkeiten oder fehlender Unterstützung im Team, was das Wohlbefinden negativ beeinflussen könnte (Brentrup, 2002, Kap. 1.3.1), sind sie wahrscheinlich nicht oder weniger ausgesetzt. Im Angestelltenverhältnis zeigt sich allerdings ein differenzierteres Bild im Geschlechtervergleich. Zwar arbeiten je 28% als Angestellte, Männer aber dreimal so häufig in leitender Funktion. Die in der Schweiz nicht vorhandene Gleichstellung bezüglich Führungstätigkeit spiegelt sich auch in diesem Berufsbild wieder. Eine andere Form von Geschlechtsunterschied zeigt sich im Abbild des Alters der Kohorte. Waren früher noch vorwiegend Männer psychotherapeutisch tätig, wählen heute mehrheitlich Frauen diesen Beruf. Dies spiegelt auch die Bildungslandschaft der Schweiz wieder, in der Frauen mittlerweile in diesem Bereich übervertreten sind.

Ob Super- oder Intervision in Anspruch genommen wird, spielt keine Rolle in Bezug auf das Wohlbefinden. Allerdings sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass 91,5% entweder das eine, das andere oder beides in Anspruch nehmen. Insofern ist diese Frage nicht von grosser Tragweite. Dennoch kann festgehalten werden, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die keine der beiden Angebote in Anspruch nehmen, gleich hohe Werte aufweisen. Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung generell wird jedoch als wirksame Prävention (Lareiter, 1998, Kap. 1.4), und Selbstfürsorgestrategie (Reddemann, 2003, Kap. 2.4) gesehen. Interessant wäre die Frage nach der Auswirkung von Selbsterfahrung auf das Wohlbefinden gewesen. Separat wurde der Frage nach Selbsterfahrung in dieser Untersuchung leider nicht nachgegangen.

Die Beschäftigung mit dem Thema Selbstfürsorge schlägt sich in einem höheren Wohlbefinden nieder. Auch wenn nur 20% der Stichprobe während ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit einen Kurs zum Thema Selbstfürsorge besucht haben, zeichnen sich, zwar nur leicht erhöhte, dennoch signifikante Unterschiede im Wohlbefinden ab. Der kleine Anteil von 20% könnte sich dadurch begründen lassen, dass das Thema Selbst-

fürsorge im europäischen Raum noch nicht lange als selbstverständliche Voraussetzung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten betrachtet wird. Möglicherweise stehen der grossen Mehrheit geeignete Mittel zur Selbstfürsorge zur Verfügung. Immerhin sind es fast 40%, die kein Bedürfnis an Selbstfürsorgekursen haben.

Wie weiter oben erwähnt sind die Werte der Skala *Realistische Überzeugungen* für einen tieferen Wert im Faktor *Coping Selbst* verantwortlich und somit wenig bedeutungsvoll für das allgemeine Wohlbefinden. Im Vergleich mit einer Normalpopulation liegen die Werte der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aber über dem Durchschnitt, was möglicherweise auf die Ausbildung und die therapeutische Weiterbildung zurückzuführen ist. Therapeutische Kompetenz zeichnet sich nach Hoffmann und Hoffmann (2008, Kap. 1.1) auch durch die Fähigkeit aus, beobachten, differenzieren und schwierige Momente meistern zu können. Auch ‚kritisches Denken‘ und ‚Selbstbeurteilung‘ sind wichtige fachliche Kompetenzen (Elman et al., 2005, Kap. 1.1). Das untersuchte Sample scheint diese Kompetenzen aufzuweisen.

Dem Bild des „verwundeten Heilers“ (Kap. 1.3.2), wonach Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aufgrund ihrer Vulnerabilitäten und der eigenen Geschichte mit einem hohen Potential an Bedürftigkeit nach Akzeptanz und Zuwendung ausgestattet seien (Gathmann & Sermrau-Lininger, 1996, Kap. 1.3.2) und entsprechend unrealistische Überzeugungen über sich selbst hätten, scheint nicht haltbar. Die Frage: „Es ist wichtig für mich, von fast allen, die ich kennenlerne, gemocht oder geliebt zu werden.“, verneinen sie überdurchschnittlich oft, was auf ihre diesbezügliche disponible oder gelernte Kompetenz schliessen lässt.

Dass sich Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten genährt und wohl fühlen können, trotz der hoher Anforderungen und zahlreicher Belastungen, die ihnen in ihrem Arbeitsalltag begegnen, wie Radeke und Mahoney (2000) in ihrer Studie feststellten (Kap. 1.2), kann subsummierend auch mit der vorliegenden Untersuchung bestätigt werden.

Aussergewöhnlich an der vorliegenden Untersuchung ist ihre ausschliesslich salutogenetische Perspektive. Den Versuch zu erfassen, was Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Schweiz für ihre ganzheitliche Gesundheit tun, eine Gesundheit, die mehr als die körperliche meint, kann als erstmalig bezeichnet werden. Eine herausragende Stärke der Arbeit liegt in der grossen Stichprobe von 722 Personen. Dass eine so grosse Stichprobe für die Untersuchung gewonnen werden konnte, macht die Ergebnisse besonders aussagekräftig. Das Interesse der Beteiligten an diesem Thema wird mit zahlreichen positiven Rückmeldungen belegt, die die Wichtigkeit dieses Themas betonten und ihr Interesse an den Ergebnissen der Umfrage bekundeten.

Neben vielen Studien, die sich mit dem Befinden von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beschäftigten, darunter etwa zum Thema Burnout oder berufsbezogenen Stressoren (Rupert & Kent, 2007; Rupert & Morgan, 2005; Stevanovic & Rupert, 2004; Vredenburg et al., 1999), zum Thema Freizeit mittels qualitativer Studie (Grafanaki et al., 2005) oder zu den Coping Strategien (Kramen-Kahn & Downing Hansen, 1998) gibt es auch zahlreiche Studien zu Stress bei Psychotherapeutinnen und -therapeuten, wie etwa die von Guy, Poelstra und Stark (1989), eine Diplomarbeit zum Kohärenzgefühl und psychosomatischen Beschwerden bei Fachkräften der Psychotherapie (Stadelmann Stünzi, 2005), eine amerikanische, landesweite Studie an 749 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Daneben wurden bei Fachkräften der Psychotherapie von Orlinsky & Ronnestad (2005) und von Elman et al., (2005) deren Fachkompetenz und berufliche Entwicklung erforscht und auch das Befinden von psychotherapeutischen Fachkräften in Ausbildung mittels Langzeitstudie wurde untersucht (Kuyken et al., 2000). Die Ergebnisse dieser Studien sind detailliert im Theorieteil eingebettet. Dass eine pathogenetische Perspektive der Fragestellung auch entsprechende Ergebnisse hervorbringt, die zwar aufschlussreich, jedoch nicht ressourcenorientiert sind, war mitunter leitend für vorliegende Untersuchung.

Coster und Schwebel (1989), das aufkommende Interesse an Selbstfürsorgestrategien aufnehmend, befragten 107 Ausbilder und Ausbilderinnen von psychotherapeutischen Fachkräften mittels Fragebogen und stellten diese in Vergleich zu 339 Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Mahoney (1997) wiederum erforschte die Selbstfürsorgestrategien von 155 Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit einem anonymen Selbsteinschätzungsverfahren. Das Wohlbefinden von psychologischen Beratern in Ausbildung wurde schliesslich mit dem 5F-WEL in den USA von Myers, Mobley und Booth (2003) erforscht (Kap. 3.4; Tab. 2), worin erhöhtes Wohlbefinden von Doktorandinnen und Doktoranden sowie Unterschiede im Ethnien-Vergleich bezüglich kultureller Identität gefunden wurden.

Eine weitere Besonderheit der vorliegenden Studie liegt in der ersten Erhebung mit der dafür vorgängig übersetzten, deutschen Version des 5F-WEL-A-G. Für die Originalversion wurden damit weitere wertvolle Erkenntnisse gewonnen.

Obwohl man bei der Testadaptation von kulturellen Unterschieden hat ausgehen können, handelt es sich beim Fragebogen um ein validiertes in vielen Untersuchungen eingesetztes Instrument, das auf einem evidenzbasierten Modell aufbaut. Die amerikanische Autorin des Tests, die während der ganzen Untersuchung involviert war, zeigte sich im regen Austausch engagiert und sehr interessiert an den Ergebnissen. Dadurch konnten zahlreiche Hindernisse zeitnah beseitigt werden.

Als besondere Erkenntnis aus der vorliegenden Studie geht die Tatsache hervor, dass die Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, trotz pessimistischer Prognose aufgrund des vielzitierten Burnout-Risikos, ein hohes Wohlbefinden aufweisen. Das sind gute Neuigkeiten. Bei allen möglichen Schwierigkeiten scheint die psychotherapeutische Tätigkeit ein Beruf zu sein, dessen langwieriger Ausbildungsweg sich lohnt. Für Menschen, die an der Schwelle zu diesem Beruf stehen, ist das eine erfreuliche Perspektive.

Ebenfalls bemerkenswert ist, dass Spiritualität weniger wichtig scheint, als dies zu Beginn der Untersuchung erwartet wurde. Ob aufgrund einer dogmatischen Haltung gewisser Gesellschaftsgruppen oder aufgrund vom leitenden Gedanken der Selbstwirksamkeit diese Haltung zustande kommt, lässt sich nicht klären. Eine Berufsgruppe, die sich mit dem Erleben und Verhalten des Menschen auseinandersetzt, könnte erwartungsgemäss auch an der Exploration und Kontemplation des menschlichen Seins interessiert sein. Die Werte weisen jedenfalls nicht darauf hin.

Eine grosse Überraschung zeigt die Tatsache, dass nicht die Berufserfahrung, sondern die Weiterbildung negativen Einfluss auf das Wohlbefinden ausübt. Das zu wissen und damit zu rechnen, mag die Zeit der Weiterbildung erleichtern. Insofern wäre es sinnvoll, wenn Weiterbildungsinstitutionen diesem Thema ebenfalls Aufmerksamkeit schenken würden.

9.3 Kritische Betrachtung

Eine Grenze der Untersuchung lag im Messinstrument selbst, das nicht genau auf die Zielgruppe und deren speziellen Strategien ausgerichtet war. Das Instrument misst zwar ein proaktives Gesundheitsverhalten, was jedoch nicht exakt mit Selbstfürsorgestrategien gleichzusetzen ist. Dennoch konnte mit diesem Fragebogen ein erster Schritt gemacht und die Ergebnisse im angegebenen Rahmen analysiert und diskutiert werden. Obwohl die Zielgruppe für die Untersuchung auf das dem Fragebogen zugrundeliegende Konstrukt von Wohlbefinden hingewiesen wurde, kann ein quantitatives Instrument nur bedingt das individuelle Wohlbefinden eines einzelnen wiedergeben. So wie jeder Mensch nur selbst entscheiden kann, was für sein persönliches Wohlbefinden essentiell ist.

Kritisch war das Vorhandensein kultureller Unterschiede. Diese waren einerseits in der Adaptation des Fragebogens spürbar, andererseits mögen sie sich auch in der Untersuchung selbst niedergeschlagen haben. Da zwischen amerikanischen und europäischen Studien und Forschung der Psychologie laufend ein Austausch stattfindet, waren diese Unterschiede im diskutierten Rahmen überwindbar. Eine Unterlassungssünde war ein-

deutig, weder die Frage nach Kindern noch die Frage nach Selbsterfahrung mit in den Fragebogen aufgenommen zu haben. Die Autorin des Original-Tests führt die Frage nach Kindern absichtlich nicht mehr im Fragebogen, da diese Frage nicht universell genug sei (persönliche Mitteilung, Mai, 2010). Dennoch wäre es interessant gewesen, diese Frage – wie auch in den offenen Antworten gewünscht – auszuwerten. Selbsterfahrung wiederum wurde zu selbstverständlich als Teil der Weiterbildung aufgefasst. Werte dazu hätten im Fragekomplex zu Super- und Intervision möglicherweise durchaus interessante Aspekte beleuchten können. Weiter wäre es wünschenswert gewesen, die demographischen Daten gezielter auf die zu untersuchende Kohorte zugeschnitten zu haben. Dass diese Punkte in der vorliegenden Untersuchung nicht erfüllt wurden, kann in erster Linie darauf zurückgeführt werden, dass auf ein bestehendes Instrument zurückgegriffen wurde, bei dem die Rahmenbedingungen weitgehend vorgegeben waren.

9.4 Weiterführende Überlegungen

Weitere Forschung zum untersuchten Thema könnte den Zusammenhängen von Arbeitspensum und Wohlbefinden gewidmet sein. Wünschenswert wäre auch, wenn den in dieser Studie fehlenden Fragen nachgegangen würde, zum Beispiel welchen Beitrag Kinder im Selbstfürsorgeverhalten von Psychotherapeutinnen und -therapeuten spielen. Ob hierbei die Person alleinerziehend ist oder nicht und wie es sich mit der finanziellen Unabhängigkeit in Bezug auf diese Frage verhält, wäre miteinzubeziehen. Interessant wäre weiter, das Wohlbefinden in den Zusammenhang mit der Partnerschaftsqualität zu stellen.

Vorliegende Untersuchung hat nur den prozentualen Anteil psychotherapeutischer Tätigkeit abgefragt. Es ist davon auszugehen, dass einige der Probanden, die nur in Teilzeit psychotherapeutisch arbeiten, noch anderen beruflichen Aktivitäten nachgehen. Auch diese könnten Einfluss auf das Wohlbefinden nehmen. Ob dem so ist, und in welchem Ausmass, wäre möglicherweise in einer weiteren Untersuchung zu klären. Unabhängig davon wäre der Frage nachzugehen, ob eine generell reduzierte Arbeitstätigkeit dem Wohlbefinden förderlich ist.

Aufschlussreich könnte weiterführende qualitative Forschung, mittels Interviews sein. Dabei bestünde die Chance, differenzierte Einblicke in Selbstfürsorgestrategien zu erhalten und das individuelle Verständnis von Wohlbefinden Einzelner zu eruieren. Denkbar wäre auch, der Frage nachzugehen, ob die gewählte Therapierichtung einen Einfluss auf das Wohlbefinden hat.

Interessant wäre zu erfahren, worin genau die Belastungen einer psychotherapeutischen Weiterbildung bestehen. Einen zusätzlichen Zugang hierfür wäre vielleicht über Aus-

bildnerinnen und Ausbildner zu finden oder in einer gezielten Befragung von Fachkräften in Weiterbildung.

An Aktualität gewinnen könnte die Frage, wie sich die politischen Umstände im Gesundheitswesen, mit Blick auf die Entwicklung des *managed care*, auf das generelle Wohlbefinden der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auswirken.

Wünschenswert wäre auch, für Fachkräfte der Psychotherapie, die aus unterschiedlichen Gründen professionelle Beeinträchtigungen erleiden, unterstützende Massnahmen zu institutionalisieren.

Zu überlegen wäre, ob neben dem kulturellen Hintergrund, der durch den Fragebogen erfasst wird, das Wohlbefinden in Zusammenhang mit dem sozialen Hintergrund einer Person untersucht werden müsste, da dieser genau so prägend ist wie der kulturelle Hintergrund.

Grundsätzlich wünschenswert wäre es, für weitere Studien eigene Normen, die die Schweizer Bevölkerung repräsentieren, zu generieren.

Die Öffentlichkeit mag, auch aufgrund der unterschiedlichen Therapieschulen, ein heterogenes Bild psychotherapeutischer Fachkräfte haben und bezüglich deren Professionalität entsprechend keine einheitliche Meinung. Mit dieser Studie lässt sich zumindest belegen, dass Psychotherapeutinnen und -therapeuten der Schweiz bezüglich Gesundheitsverhalten eine hohe Kompetenz an den Tag legen und in dieser Beziehung den professionellen Ansprüchen einheitlich gerecht werden. Unabhängig von Alter und Berufserfahrung scheinen sie den Bereichen, die ihrem Wohlbefinden förderlich sind, Aufmerksamkeit zu schenken. Möglich, dass sich dies auf einen hohen Ausbildungsstandard für diesen Beruf zurückführen lässt.

Norcross und Guy (2007) sagten, der Gesellschaft sei am besten mit einer breiten Kerngruppe an gut ausgebildeten, wirkungsvollen Fachkräften gedient. Das scheint mit den befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Fall zu sein.

10. Abstract

Vorliegende empirisch-quantitative Arbeit untersucht das Selbstfürsorgeverhalten von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Schweiz. Dazu wird der amerikanische Fragebogen *Five Factor Wellness Inventory* eingesetzt, dem ein ganzheitliches Verständnis von Wohlbefinden zugrunde liegt und der ein proaktives Gesundheitsverhalten misst. Für die Untersuchung wird er nach den Richtlinien der Internationalen Test-Standards ins Deutsche übersetzt und erstmals eingesetzt.

Um den emotionalen Anforderungen, den ethischen Ansprüchen und den Belastungen des Berufes gerecht zu werden, wird von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten fachliche und emotionale Kompetenz verlangt. Sie müssen sich proaktiv um ihre Selbstfürsorge innerhalb und ausserhalb der therapeutischen Tätigkeit bemühen.

An vorliegender Untersuchung nehmen 722 Personen teil. Im Vergleich zu einer Normalpopulation ist das Wohlbefinden der Stichprobe höher. Am bedeutungsvollsten für das Wohlbefinden scheint der Faktor *Soziales Selbst* mit den Unterfaktoren *Liebe* und *Freundschaft* zu sein. Alter und Berufserfahrung haben keinen, die psychotherapeutische Weiterbildung negativen Einfluss auf das Wohlbefinden. Geschlechtsspezifische Unterschiede finden sich nur in einzelnen Skalen des Fragebogens, nicht aber im allgemeinen Wohlbefinden. Selbständig Arbeitende haben ein höheres Wohlbefinden als Angestellte. Der deutsche Fragebogen bringt reliable Werte hervor.

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Schweiz betreiben eine gute Selbstfürsorge und erfüllen somit die Anforderung nach Professionalität und Kompetenz.

11. Literatur

Adler, A. (1954). *Understanding human nature* (W.B. Wolf, Trans.) New York: Fawcett Premier. (Original work published 1927)

American Psychological Association. (2006, February 10). *Advancing colleague assistance in professional psychology*. Retrieved April 27, 2007, from http://www.apa.org/practice/acca_monograph.html

Ansbacher, H.L. & Ansbacher, R.R. (Eds.). (1995). *Alfred Adlers Individualpsychologie: eine systematische Darstellung seiner Lehre in Auszügen aus seinen Schriften*. Bearb. Der Quellenangaben und der Adler-Bibliographie von R.F. Antoch (4. erg. Aufl.). München: Reinhardt, GmbH & Co Verlag.

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.

A.P.A, *Dictionary of Psychology*. (2007) 1st ed. Washington, DC: Eigenverlag.

Baker, E.K. (2003). *Caring for ourselves. A Therapist's Guide to Personal and Professional Well-Being*. Washington DC: APA.

Baker, E. K. (2007). *Therapist Self-Care: Challenges Within Ourselves and Within the Profession*. In: *In Pursuit of Wellness: The Self-Care Imperative*. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 38, No. 6, 603-612.

Barnett, J. E. & Cooper, N. (2009). *Creating a Culture of Self-Care*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(1), 16-20.

Barnett, J. E., Elman, N. S., Baker, E. K. & Schoener, G. R. (2007). *In Pursuit of Wellness: The Self-Care Imperative*. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 38, No. 6, 603-612.

Barnett, J.E., Johnson, L. C. & Hillard, D. (2006). *Psychotherapist wellness as an ethical imperative*. In: L. Vande Creek & B. Allen (Eds.), *Innovations in clinical practice: Focus on health and wellness* (pp. 257-271). Sarasota, FL: Professional Resources Press.

Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. überarb. Auflage). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Brentrup, M. (2002). *Selbstsorge und Self-care*. *Systema*, 1, 16. Jg., S. 50-64.

Brockhaus Enzyklopädie (2007). Band 28, *Deutsches Wörterbuch REH – ZZ*, (19. Völlig neu bearbeitete Auflage). Mannheim: Brockhaus.

Bronfenbrenner, U. (2005). *Making Human Beings Human. Bioecological Perspectives on Human Development*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Brown-Baatjies, O. & Amery, S. (2004): *A study on the wellness of nurses working in oncology in the Nelson Mandela Metropole and City of Cape Town, South Africa*. Unpublished doctoral dissertation, Nelson Mandela Metropolitan University, South Africa.

Buchheim, P. (Hg.), Janssen, P.L. & Cierpka, M. (1997). *Psychotherapie als Beruf*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

Bühl, A. (2008). *SPSS 16. Einführung in die moderne Datenanalyse* (11. aktual. u. erw. Auflage). München: Pearson Education Deutschland GmbH.

Bundesamt für Gesundheit BAG (2010). *Ernährung und Bewegung* [Online]. Erhältlich: http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/index.html?lang=de

- Chandler, C.K., Holden, J. & Kolander, C. (1992). Counseling for spiritual wellness: Theory and Practice. *Journal of Counseling & Development*, 71, 168-175.
- Chang, C. (1998). The role of distinctiveness in acculturation, ethnic identity, and wellness in Korean-American adolescents and young adults. Unpublished doctoral dissertation, University of North Carolina at Greensboro.
- Coster, J. & Schwebel, M. (1998). Well-Functioning in Professional Psychologists: As Program Heads See It. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 29, No. 3, 284-292.
- DeAngelis, T. (2002). Normalizing Practitioners' Stress. *Monitor on Psychology*, July/August, 62-64.
- Dorsch. *Psychologisches Wörterbuch*. Häcker, H.O. & Stapf, K-H. (Hrsg.) (2009). (15. überarb. und erweiterte Auflage) Bern: Hans Huber.
- Dryden, W. & Spurling, L. (Eds.) (1989). *On becoming a psychotherapist*. London: Routledge.
- Duden (2003). *Das Grosse Fremdwörterbuch. Herkunft und Bedeutung der Fremdwörter* (4. aktual. Aufl.). Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich: Dudenverlag.
- Elliott, D.M. & Guy, J.D. (1993). Mental health professionals versus non-mental health professionals: Childhood trauma and adult functioning. *Professional psychology: Research and Practice*, 24, 83-90.
- Elman, N. S. (2007). Who needs self-care anyway? We all do! In: *In Pursuit of Wellness: The Self-Care Imperative*. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 38, No. 6, 603-612.
- Elman, N.S., Illfelder-Kaye, J., & Robiner, W.N. (2005). Professional development: Training or professionalism as a foundation for competent practice in psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 367-375.
- Fengler, J. (1997). Burnout und Psychohygiene. In: P. Buchheim (Hg.), P.L. Janssen & M. Cierpka, *Psychotherapie als Beruf* (S. 83-95). Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Fengler, J. (2001). Helfen macht müde. Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation. *Leben lernen 77* (6. Auflage). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Field, A. (2005). *Discovering Statistics Using SPSS*. Second Edition. London: SAGE Publications Ltd.
- Figley, Ch. R. (1999). Mitgefühlerschöpfung – der Preis des Helfens. In: B. Hudnall Stamm (Hrsg.), *Sekundäre Traumaströungen. Wie Kliniker, Forscher & Erzieher sich vor traumatischen Auswirkungen ihrer Arbeit schützen können* (S. 41-59). Paderborn: Junfermann Verlag.
- Figley, Ch. R. (2002). Compassion Fatigue: Psychotherapists' Chronic Lack of Self Care. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 58, Issue 11, 1433-141.
- Freudenberger, H. J. & Kurtz, T. (1990). Risks and rewards of independent practice. In E. A. Margenau (Ed.), *The encyclopedic handbook of private practice* (S. 461- 472). New York: Gardner Press.
- Gathmann P. & Semrau-Lininger, C. (1996). *Der verwundete Arzt – Ein Psychogramm des Heilberufes*. München: Kösel.
- Gladding, S. (2002). *Family therapy: History, theory, and practice* (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Grafanaki, S., Pearson, D., Cini, F., Godula, D., McKenzie, B., Nason, S., et al. (2005). Sources of renewal: A qualitative study on the experience and role of leisure in the life of counselors and psychologists. *Counselling Psychology Quarterly*, 18, 31-40.

- Grawe, K. et al. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Grosch, W.N. & Olsen, D.C. (1994). *When helping starts to hurt. A new look at burnout among psychotherapists*. New York: W.W. Norton & Company, Ltd.
- Guy, J. D. (1987). *The personal life of the psychotherapist*. New York: Wiley.
- Hain, P. (2001). *Das Geheimnis therapeutischer Wirkung*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Hambleton, R.K. (2001). *Adapting Educational and Psychological Tests for Cross-Cultural Assessment*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hatcher, R.L., & Lassiter, K.D. (2007). Initial training in professional psychology: The Practicum Competencies Outline. *Training and Education in Professional Psychology*, 1, 49–63.
- Hoffmann, N. & Hofmann, B. (2008). *Selbstfürsorge von Therapeuten und Berater* (1. Auflage). Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Hudnall Stamm, B. (Hrsg.) (1999). *Sekundäre Traumaströrungen. Wie Kliniker, Forscher & Erzieher sich vor traumatischen Auswirkungen ihrer Arbeit schützen können*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Kabat-Zinn, J. (2007). *Gesund durch Meditation. Das grosse Buch der Selbstheilung*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Kramen-Kahn, B. & Downing Hansen, N. (1998). Rafting the Rapids: Occupational Hazards, Rewards and Coping Strategies of Psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 29, No. 2, 130-134.
- Kuyken, W., Peters, E., Power, M., Lavender, T., & Rabe-Hesketh, S. (2000). A longitudinal study of the psychological adaptation of trainee clinical psychologists. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 394–400.
- Lareiter, A.-R. (1998). Funktionen und Modelle von Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie. In: H. Lieb (Hrsg.), *Selbsterfahrung für Psychotherapeuten* (S. 21-42). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Lexikon der Psychologie: in fünf Bänden* (2001). Bd. 2. F bis L. Heidelberg; Berlin: Spektrum, Akademischer Verlag GmbH.
- Lieb, H. (Hrsg.) (1998). *Selbsterfahrung für Psychotherapeuten*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Lohmer, M. & Wernz, C. (2005). Psychotherapeuten und Macht. In: O.F. Kernberg, B. Dulz & J. Eckert, *WIR: Psychotherapeuten über sich und ihren „unmöglichen“ Beruf* (S. 291 - 302). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Mahoney, M. J. (1997). Psychotherapist's Personal Problems and Self-Care Patterns. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 28, No. 1, 14-16.
- Mayring, Ph. (2002). *Einführung in die Qualitative Sozialforschung* (5. überarb. und neu ausgestattete Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- McGowan, A.S. (2005). *Counseling for Wellness. Theory, Research, and Practice*. Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Meng, H. (1958). *Psychohygienische Vorlesungen*. Basel: Schwabe
- Moosbrugger, H. & Höfling, V. (2008). *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Morrisette, P.J. (2004) *The pain of helping: psychological injury of helping professionals* (S. 84f). Hove, East Sussex: Brunner-Routledge.

Munsey, Ch. (2006). Helping colleagues to help themselves. *Monitor on Psychology*, July/August, 34-36.

Myers, J.E., Luecht, R. & Sweeney, T.J. (2004). The factor structure of wellness: Re-examining theoretical and empirical models. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 36, 194-208.

Myers, J.E., Mobley, K. & Booth, C.S. (2003). Wellness of counseling students: Practicing what we preach. *Counselor Education & Supervision*, 42, 264-274.

Myers, J.E. & Sweeney, T.J. (2001b). *The Five Factor Wellness Inventory, Teen* (2nd ed.). Greensboro, NC: Authors.

Myers, J.E. & Sweeney, T.J. (2001). *Manual for the Five Factor Wellness Inventory (5F-WEL)*. Adult, Teenage, Elementary School Versions (nichtöffentliches Dokument).

Myers, J.E. & Sweeney, T.J. (2005). *Counseling for Wellness. Theory, Research, and Practice*. Alexandria, VA: American Counseling Association.

Myers, J.E., Sweeney, T.J. & Witmer, J.M. (2001). Optimization of behavior: Promotion of wellness. In: D.C. Locke, J.E. Myers & E.L. Herr (Eds.), *The handbook of counseling* (pp. 641-652). Thousand Oaks, CA: Sage.

Norcross, J.C. & Brown, R. A. (Eds.) (2000). *Self-Care Corner. Psychotherapist Self-Care: Practitioner-Tested, Research-Informed Strategies*. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 31, No. 6, 710-713.

Norcross, J.C. & Guy, Jr., J.D. (2007). *Leaving it at the office. A guide to Psychotherapist Self-Care*. New York: The Guilford Press.

O'Connor, M. F. (2001). On the etiology and effective management of professional distress and impairment among psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32, 345-350.

Orlinsky, D.E. & Rønnestad, M.H. (2005). *How Psychotherapists develop. A Study of Therapeutic Work and Professional Growth*. Washington DC: APA.

Pohlmeier, H. (1992). Ängste des Therapeuten als typisches Therapieproblem im Umgang mit Suizidpatienten. In: Wedler, H.-L., Wolfersdorf, M. & Welz, R. (Hrsg.), *Therapie bei Suizidgefährdung* (S. 249-254). Regensburg: Roderer.

Pope, K., & Brown, L. (1996). *Recovered memories of abuse: Assessment, therapy, forensics*. Washington, DC: American Psychological Association.

Pope, K. S., & Tabachnick, B. G. (1993). Therapists' anger, hate, fear, and sexual feelings: National survey of therapist responses, client characteristics, critical events, formal complaints, and training. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 142-152.

Pope, K.S. & Vasquez, M. J. T. (2005). *How to survive and thrive as a Therapist. Information, ideas, and resources for psychologists in practice*. Washington DC: APA.

Radeke, J. T. & Mahoney, M. J. (2000). Comparing the personal lives of psychotherapists and research psychologists. *Professional psychology: Research and Practice*, 31, 82-84.

Reddemann, L. (2003). Einige Überlegungen zur Psychohygiene und Burnout-Prophylaxe von TraumatherapeutInnen. *Erfahrungen und Hypothesen*. *ZPPM*, 1. JG. Heft 1: 79-85.

Reddemann, L. (2005). Selbstfürsorge. In: O.F. Kernberg, B. Dulz & J. Eckert, WIR: Psychotherapeuten über sich und ihren „unmöglichen“ Beruf (S. 92 – 101). Stuttgart, New York: Schattauer.

Reich, G. (1982). Tabus und Ängste beim Umgang des Therapeuten mit seiner eigenen Familie. *Z. psychosom. Medizin*, 28, S.393-406.

Reimer, C., (2005). Probleme der Lebensqualität von Psychotherapeuten. In: O.F. Kernberg, B. Dulz & J. Eckert, WIR: Psychotherapeuten über sich und ihren „unmöglichen“ Beruf (S. 92 – 101). Stuttgart, New York: Schattauer.

Reimer, C. & Jurkat, H. B. (2001). Lebensqualität von Psychiatern und Psychotherapeuten. *Schweizerische Ärztezeitung*, 82, Nr. 32/33: 1733 – 8.

Roscoe, L. J. (2009). Wellness: A Review of Theory and Measurement for Counselors. *Journal of Counseling and Development: JCD*; Spring; Vol. 87, 2; 216-226.

Rudolf, G. (2005). Symptome und Einstellungen von Psychotherapeuten (unter Mitarbeit von Th. Jakobsen). In: O.F. Kernberg, B. Dulz & J. Eckert, WIR: Psychotherapeuten über sich und ihren „unmöglichen“ Beruf (S. 123 – 132). Stuttgart, New York: Schattauer.

Rupert, P. A. & Kent, J. S. (2007). Gender and Work Setting Differences in Career-Sustaining Behaviors and Burnout Among Professional Psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 38, No. 1, 88-96.

Rupert, P. A. & Morgan, D. J. (2005). Work Setting and Burnout Among Professional Psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 36, No. 5, 544-550.

Schlüter, Ch. (2007). Die wichtigsten Psychologen im Porträt. Wiesbaden: Marix Verlag.

Schmidbauer, W. (2005). Burn-Out in der Psychotherapie. In: O.F. Kernberg, B. Dulz & J. Eckert, WIR: Psychotherapeuten über sich und ihren „unmöglichen“ Beruf (S. 376 - 384). Stuttgart, New York: Schattauer.

Seligman, M.E.P. (2003). Der Glücksfaktor. Warum Optimisten länger leben. Bergisch-Gladbach: Ehrenwirt.

Shapiro, Sh., Brown, K.W. & Biegel, G.M. (2007). Teaching Self-Care to Caregivers: Effects of Mindfulness-Based-Stress-Reduction on the Mental Health of Therapists in Training. In: *Training and Education in Professional Psychology*. Vol. 1, No. 2, 105 – 115.

Sherman, M. D., & Thelen, M. H. (1998). Distress and professional impairment among psychologists in clinical practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29, 79–85.

Singer, T. & Frith, C.D. (2005). The painful side of empathy. *Nature Neuroscience*, 8, 845-846.

Skovholt, T. M. & Rønnestad, M. H. (2003). Struggles of the novice counselor and therapist. *Journal of Career Development*, 30, 45-58.

Smith, P. L. & Moss, S. (2009). Psychologists Impairment: What it is, how can it be prevented, and what can be done to address it? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(1), 1-15.

Sori, C. F., Biank, N., & Helmeke, K. B. (2006). Spiritual self-care of the therapist. In K. B. Helmeke & C. F. Sori (Eds.), *The therapist's notebook for integrating spirituality in counseling: Homework, handouts and activities for use in psychotherapy* (pp. 3–18). New York: Hawthorth Press.

Stadelmann Stünzi, D. (2005). Kohärenzgefühl und psychosomatische Beschwerden bei Fachpersonen der Psychotherapie. Diplomarbeit HAP Zürich.

Steinebach, Ch. (2008). Vorlesungsunterlagen, Kurs „Resilienz und Ressourcen“. ZHAW-P.

Stevanovic, P. & Rupert, P. A. (2004). Career-Sustaining behaviors, satisfactions, and stresses of professional psychologists. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, Vol. 41, No. 3, 301-309.

Storch, M., Cantieni, B., Hüther, G. & Tschacher, W. (2006). *Embodiment. Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen*. Bern: Hans Huber.

Strupp, HH. (2000). Ein zeitgemässer Blick auf die psychodynamische Psychotherapie und deren Zukunft. *Psychotherapeut*; 45: 1-9.

Sussman, M.B. (1992). *A curious calling: Unconscious motivations for practicing psychotherapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Sussman, M.B. (1995). *A perilous calling: Unconscious motivations for practicing psychotherapy*. Northvale, NJ: Stone Center.

Sussman, S., Dent, C.W., Stacy, A. W., Burton, D. & Flay, B.R. (1995). Psychosocial predictors of health risk factors in adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 20, 91-108.

Tatar, M. & Myers, J.E. (2004). Wellness of children in Israel and the United States: A preliminary examination of culture and well-being. Manuscript submitted for publication.

Thorne, B. (1989). The blessing and curse of empathy. In: W. Dryden & L. Spurling (Eds.), *On becoming a psychotherapist* (pp. 53-68). London: Routledge.

Von Rad, M. (1997). Psychotherapie als Beruf. In: P. Buchheim (Hg.), P.L. Janssen & M. Cierpka, *Psychotherapie als Beruf* (S. 27-41). Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

Vredenburgh, L. D., Carlozzi, A. F. & Stein, L. B. (1999). Burnout in counseling psychologists: Type of practice setting and pertinent demographics. *Counseling Psychology Quarterly*, 12, 293-302.

Weiss, L. (2004). *Therapist's guide to self-care*. New York: Brunner-Routledge.

Wilber, K. (1999). *The collected works of Ken Wilber: Vol. 3*. Boston: Shambhala.

Wilber, K. (2000, May). A spirituality that transforms. *Tools for transformation newsletter*. Retrieved May 30, 2004, from <http://www.trans4mind.com/counterpoint/Wilber.shtml>

Wise, E. H. (2008). Competence and scope of practice: ethics and professional development. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 64, No. 5, 626-637.

Witmer, J.M. & Sweeney, T.J. (1992). A holistic model for wellness and prevention over the lifespan. *Journal of Counseling & Development*, 71, 140-148.

Wong, L. (2008). *Organizational Level Self-Care Issues for Psychotherapists in Training*. San Francisco, Convention Presentation, APA.

12. Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1:</i> Fertigkeiten und Fähigkeiten für die Psychotherapie-Weiterbildung	5
<i>Tabelle 2:</i> Auswahl an Forschungsarbeiten mit dem 5-F-WEL (Myers & Sweeney, 2005)	36
<i>Tabelle 3:</i> Formulierungsänderungen durch die Übersetzung	43
<i>Tabelle 4:</i> Cronbachs Alpha in der Übersicht mit N und Anzahl Items	47
<i>Tabelle 5:</i> Alpha Koeffizienten im Vergleich mit den Adaptationen (Myers & Sweeney, 2005)	49
<i>Tabelle 6:</i> Altersklasse und Lebensform der Stichprobe	50
<i>Tabelle 7:</i> Berufserfahrung und prozentualer Beschäftigungsgrad	51
<i>Tabelle 8:</i> Art der Anstellung oder Tätigkeit	52
<i>Tabelle 9:</i> Studienabschluss und Weiterbildung	52
<i>Tabelle 10:</i> Supervision und Intervision	53
<i>Tabelle 11:</i> Selbstfürsorge, Work-Life-Balance, Psychohygiene-Kurs-Erfahrung	53
<i>Tabelle 12:</i> Mittelwerte, SD und Range der Testergebnisse der Stichprobe	54
<i>Tabelle 13:</i> Übersicht Mittelwerte fünf Faktoren der zweiter Ebene und Total	55
<i>Tabelle 14:</i> Übersicht Mittelwerte Faktoren dritter Ebene	56
<i>Tabelle 15:</i> Fünf am stärksten positiv beantworteten Aussagen des 5F-WEL-A-G	57
<i>Tabelle 16:</i> Fünf am stärksten negativ beantwortete Aussagen des 5F-WEL-A-G	57
<i>Tabelle 17:</i> Mittelwerte Wohlbefinden Total und Lebenszufriedenheit in Bezug auf Geschlecht	59
<i>Tabelle 18:</i> Resultate des T-Test für den Geschlechtervergleich beim Wohlbefinden Total und bei der Lebenszufriedenheit. Es sind nur die statistisch signifikanten Resultate dargestellt.	59
<i>Tabelle 19:</i> MW und SD von Wohlbefinden für verheiratete / in Partnerschaft lebende PsychotherapeutInnen und alleine lebende.	59
<i>Tabelle 20:</i> Resultate des T-Tests für den Vergleich der Variablen Wohlbefinden Total, den fünf Faktoren und der Lebenszufriedenheit mit der Lebensform	60
<i>Tabelle 21:</i> MW und SD von Wohlbefinden pro Geschlecht für verheiratete oder in Partnerschaft lebende Personen.	60
<i>Tabelle 22:</i> Resultate des T-Tests, für den Vergleich im Wohlbefinden zwischen den Geschlechtern bei verheirateten oder in Partnerschaft lebenden Probanden.	61
<i>Tabelle 23:</i> Korrelationen für den Zusammenhang zwischen Alter und Berufserfahrung auf das Wohlbefinden	61
<i>Tabelle 24:</i> Mittelwerte Wohlbefinden PsychotherapeutInnen in Weiterbildung und nicht in Weiterbildung	62
<i>Tabelle 25:</i> Resultate der T-Tests, um PsychotherapeutInnen in Weiterbildung mit solchen, die nicht in Weiterbildung stehen zu vergleichen. Es werden nur die statistisch signifikanten Ergebnisse dargestellt.	63
<i>Tabelle 26:</i> Mittelwerte von Wohlbefinden der PsychotherapeutInnen in Weiterbildung und mit unterschiedlicher Berufserfahrung	63
<i>Tabelle 27:</i> Ein-Weg-Varianzanalysetabelle für den Einfluss der Arbeitsform auf das Wohlbefinden	64
<i>Tabelle 28:</i> Post-Hoc-Test nach Tamhane für die Unterschiede zwischen den drei Arbeitsformen	64

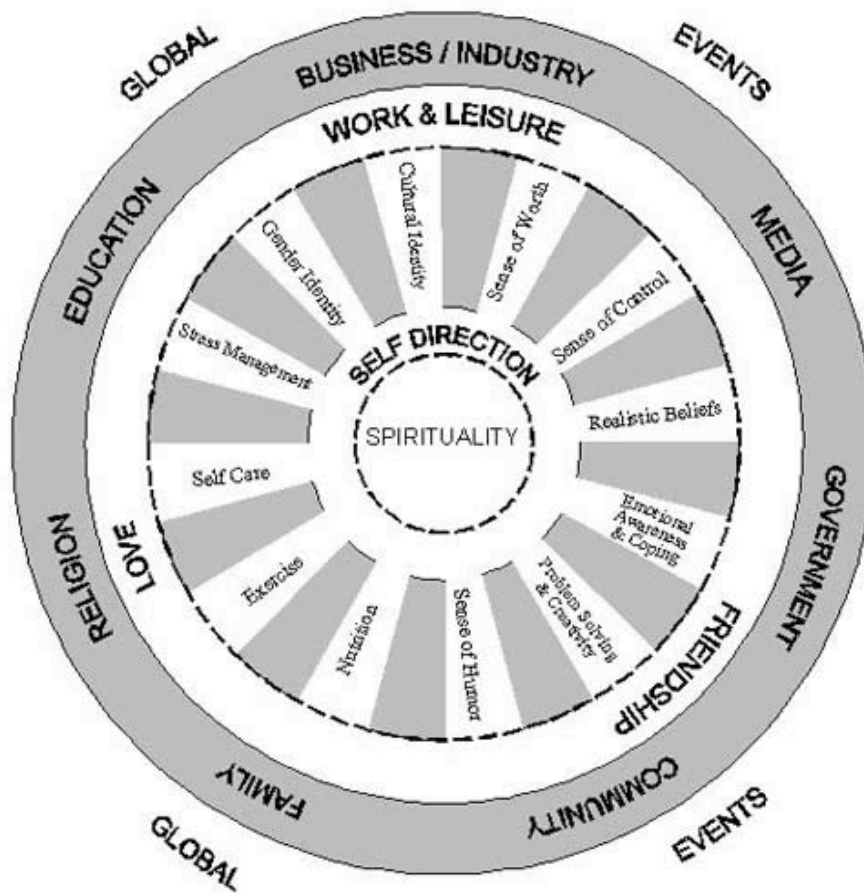
<i>Tabelle 29:</i> MW und SD des Wohlbefindens bei Psychotherapeutinnen und –therapeuten in Supervision und/oder Intervision oder keines	65
<i>Tabelle 30:</i> Ein-Weg-Varianzanalysetabelle für Einfluss von Supervision/Intervision	65
<i>Tabelle 31:</i> Resultate der T-Tests, um Unterschiede zwischen Personen, die Selbstfürsorgekurse besucht haben und solchen, die keine Kurse besucht haben, zu testen.	66

13. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Modell des Unteilbaren Selbst, (IS-WEL-Model), Myers & Sweeney, 2003 (Ü.d.A.)	30
Abbildung 2: Beispiel-Item des 5F-WEL-A-G	31
Abbildung 3: Hierarchische Struktur des 5F-WEL (Myers & Sweeney, 2005) Ü.d.A.	34
Abbildung 4: Beurteilungsrichtlinien Gütekriterien; Bühner (2006, S. 140)	45
Abbildung 5: Korrelationskoeffizienten (Bühl, 2008, S. 346)	46
Abbildung 6: Irrtumswahrscheinlichkeit (Bühl, 2008, S. 121)	46
Abbildung 7: Vergleich MW der fünf Faktoren mit den Normwerten der amerikanischen Originalversion	58

14. Anhang

14.1 Wheel of Wellness



Copyright © J. M. Witmer, T.J. Sweeney und J.E. Myers, 1998

14.2 Beispiel-Items des 5F-WEL-A-G

Five Factor Wellness Inventory Deutsche Version (5F-WEL-A-G)

Copyright 2009 J. E. Myers and T. J. Sweeney, Greensboro, NC, USA, Übersetzung nach Lucina Fioritto, Zürich.

Der Zweck des vorliegenden Fragebogens ist es, Sie bei der Wahl einer gesunden Lebensführung zu unterstützen. Im Folgenden lesen Sie eine Reihe von Aussagen. Beantworten Sie jede Aussage so, dass diese für Sie üblicherweise zutrifft. Stellen Sie sich vor, wie Sie sich üblicherweise sehen, fühlen oder verhalten. Füllen Sie bitte alle Fragen aus. Bleiben Sie nicht zu lange an einer Aussage. Ihre aufrichtigen Antworten machen die Auswertung aussagekräftiger.

Instruktionen:

Füllen Sie bitte erst folgende Informationen aus:

- Name (Nachname, Vorname)
- Geschlecht (männlich oder weiblich)
- Höchste Schulausbildung
- Geburtsdatum
- AHV-Nummer / Pass-/ID-Nummer
- Code, Kolonne K, L, M (ersten drei Nummern Ihrer PLZ)
- Kolonne N, O, P (Code der Test-Anweisung, falls vorhanden)

(Anm. d. A.: Diese Informationen wurden in der Untersuchung nicht abgefragt)

Markieren Sie jeweils nur eine Antwort für jedes Item mit folgender Skala:

- Antworten Sie: **Stimme sehr zu** - Wenn es für Sie meistens stimmt
Antworten Sie: **Stimme zu** - Wenn es für Sie vorwiegend stimmt
Antworten Sie: **Stimme nicht zu** - Wenn es für Sie vorwiegend nicht stimmt
Antworten Sie: **Stimme gar nicht zu** - Wenn es für Sie nie stimmt

Beispiel

Wenn es für Sie manchmal stimmt, dass Sie „gerne neue Menschen kennenlernen“, markieren Sie „Stimme zu“ wie folgend dargestellt:

	Stimme sehr zu	Stimme zu	Stimme nicht zu	Stimme gar nicht zu
Ich lerne gerne neue Menschen kennen	(A)	(B)	(C)	(D)

Beispiel-Items

1. Ich übe eine Freizeitbeschäftigung aus, bei der ich mich vergesse und mich fühle, als stehe die Zeit still.

Stimme sehr zu (A) stimme zu (B) stimme nicht zu (C) stimme gar nicht zu (D)

9. Ich betätige mich sportlich in irgendeiner Form mindestens dreimal pro Woche für mindestens 20 Minuten.

Stimme sehr zu (A) stimme zu (B) stimme nicht zu (C) stimme gar nicht zu (D)

10. Ich sehe mich selbst als einzigartigen Menschen.

Stimme sehr zu (A) stimme zu (B) stimme nicht zu (C) stimme gar nicht zu (D)

13. Ich kann sowohl meine positiven als auch meine negativen Gefühle angemessen ausdrücken.

Stimme sehr zu (A) stimme zu (B) stimme nicht zu (C) stimme gar nicht zu (D)

14. Ich ernähre mich ausgewogen.

Stimme sehr zu (A) stimme zu (B) stimme nicht zu (C) stimme gar nicht zu (D)

20. Falls es die Umstände erfordern, kann ich die Zügel in die Hand nehmen und handeln.

Stimme sehr zu (A) stimme zu (B) stimme nicht zu (C) stimme gar nicht zu (D)

49. Ich kann Beziehungen eingehen und aufrechterhalten, die für mich befriedigend sind.

Stimme sehr zu (A) stimme zu (B) stimme nicht zu (C) stimme gar nicht zu (D)

60. Ich mag mich trotz meiner Schwächen.

Stimme sehr zu (A) stimme zu (B) stimme nicht zu (C) stimme gar nicht zu (D)

Der vollständige Fragebogen mit Interpretationsdokumentation ist entweder bei den Autoren Myers und Sweeney direkt oder unter: <http://www.mindgarden.com/> beziehbar.

14.3 Auszug Vergleiche und Diskussion Anpassung Items

	<i>Original</i>	<i>Back Translation</i>	<i>Comments Lucina</i>	<i>Comments Jane</i>	<i>Deutsch / German</i>
19.	I most always wear my seat belt when riding in a car.	If I drive, I always put my seatbelt on.	Ok It is obligatory in Switzerland, Germany and Austria to wear the seatbelt when driving, so normally no one does not wear the seatbelt. Also the meaning of the german word for „if“ and „when“ is the same.	I wonder if some people fail to follow the rules? <i>I wonder too. I'm curious what the results bring.</i>	Wenn ich Auto fahre, schnalle ich mich immer an.
93.	What is your current employment status? A. employed full time B. employed part time C. retired, not working D. retired, working part time E. not working	What is your current level of employment? a. Full-time employment b. Part-time employment c. Retired d. Retired, in part-time employment e. Housewife / househusband f. Unemployed	Ok In Switzerland „Housewife / Househusband“ is very respected and seen as a job. „Unemployed“ is a usual specification in employment questions.	Can you please change e and f so I will not have to change my scoring program? <i>Of course</i>	Was ist ihr momentaner Beschäftigungsgrad? a. Vollzeitberufstätig b. Teilzeitberufstätig c. Im Ruhestand d. Im Ruhestand, teilzeitberufstätig e. Hausfrau / Hausmann f. Arbeitslos
98.	Are you biracial? A. Yes B. No	Do you have a background of immigration in your parents' generation? a. Yes b. No	Ok Biracial is a term, which over here is politically incorrect and also does not reflect the society. But if someone has parents with immigration background this does reflect the society.	Interesting. I don't claim to understand this and you can drop the question if it is not relevant or useful to you. <i>It is very useful and interesting!</i>	Haben Sie einen Migrationshintergrund in der Generation Ihrer Eltern? a. Ja b. Nein

14.4 Schreiben an Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Umfrage zum Selbstfürsorgeverhalten von Psychotherapierenden

Zürich, im Januar 2010

Sehr geehrte Psychotherapeutin, sehr geehrter Psychotherapeut

Mit meiner Masterarbeit in Klinischer Psychologie an der ZHAW-P in Zürich untersuche ich das **Selbstfürsorgeverhalten von Psychotherapierenden** in der Schweiz. Dabei interessiert mich ein proaktives Gesundheitsverhalten, das über die rein körperliche Gesundheit und das Coping-Verhalten hinausgeht.

Der dafür verwendete Fragebogen ist der amerikanische „Five Factor Wellness Inventory (5F-WEL-A-G)“. Für meine Untersuchung wird der Fragebogen professionell ins Deutsche übersetzt und erstmals im deutschen Sprachraum eingesetzt. **Dem validen Fragebogen liegt ein ganzheitliches Verständnis von Wohlbefinden zugrunde, das Gesundheit als untrennbare Einheit von Körper, Seele und Geist betrachtet.** Die fünf Faktoren, welche mit dem Instrument gemessen werden, sind: *Creative Self, Coping Self, Social Self, Essential Self* und *Physical Self*. Der Test wird in der Forschung in den USA, wo das Thema Selbstfürsorge eine fast 30-jährige Tradition hat, schon seit Jahren eingesetzt.

Um aussagekräftige Ergebnisse erzielen zu können, bin ich auf die Unterstützung von möglichst vielen Teilnehmenden angewiesen. **Dabei hoffe ich auf Ihre Unterstützung und bin Ihnen ausserordentlich dankbar, wenn Sie sich kurz Zeit nehmen, den Online-Fragebogen auszufüllen**, und auch interessierte Kolleginnen und Kollegen auf die Umfrage aufmerksam machen. Er sollte etwa 15 Minuten in Anspruch nehmen und **bis am 28. Februar** ausgefüllt werden. Ihre Angaben fliessen selbstverständlich anonym in die Umfrage ein. Die Ergebnisse meiner Untersuchung stelle ich Ihnen auf Wunsch gerne in pdf-Format zu.

Ich danke Ihnen sehr für Ihre wertvolle Unterstützung.

Für Fragen oder Anregungen stehe ich gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse
Lucina Fioritto

14.5 Angeschriebene Institutionen

Ausbildungsinstitute

- Ausbildung in systemischer Therapie für Kinder und Jugendliche, Bern
- Institut für ökologisch-systemische Therapie Zürich
- IEF Institut für Systemische Entwicklung und Fortbildung Zürich
- Ausbildungsinstitut Meilen
- ZSB Zentrum für Systemische Therapie Bern, in Kooperation mit dem IAP Institut für Angewandte Psychologie der ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
- Weiterbildungsinstitut für lösungsorientierte Therapie und Beratung wilob, Lenzburg
- ZAK Zentrum für Agogik Basel
- Institut für Phasische Paar- und Familientherapie, Zürich
- Postgraduale Weiterbildung in systemisch-integrativer Einzel-, Paar- und Familientherapie,
Kirschenbaum Institut, Thalwil
- Institut für Kinder-, Jugendlichen- und Familientherapie, Luzern
- VT Universität Bern, Klinische Psychologie und Psychotherapie
- Klaus-Grawe-Institut für Psychologische Therapie
- UPK Basel, Postgraduale Studiengänge in Psychotherapie
- Uni ZH, Klinische Psychologie, Psychotherapie, Psychoanalyse
- Institut für Familienforschung und -beratung der Universität Freiburg
- Freud-Institut Zürich
- Schweizerische Gesellschaft für Bioenergetische Analyse und Therapie SGBAT
- SAGBK, Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Katathymes Bilderleben
- Schweizerische Gesellschaft für personenzentrierter Ansatz
- Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit und Integrative Therapie SEAG
- Gestalttherapie Institut Würzburg, Schweiz
- IBP-Institut Schweiz, Winterthur
- Netzwerk Psychotherapie
- C.G. Jung Institut Zürich
- Daseinsanalytisches Seminar Zürich
- Szondi Institut Zürich
- ILE Institut für Logotherapie und Existenzanalyse
- Daseinsanalytisches Institut
- GFK Ausbildungsinstitut
- IKP Zürich
- Zentrum für Form und Wandlung
- Psychoanalytisches Seminar Zürich

Verbände

- www.psychologie.ch / FSP
- www.psychotherapie-zug.ch
- www.verband-vpz.ch / Zentralschweiz
- www.sbap.ch / Schweizerischer Berufsverband für Angewandte Psychologie
- www.psychotherapie.ch / Schweizer Psychotherapeutinnen und -therapeuten Verband
- VOPT, Ostschweiz
- Verband Psychotherapeuten beider Basel

Psychiater

- www.medizin.ch/verzeichnisse/aerzte/psychiater

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift: