



Masterarbeit

**Selbstfürsorge von Psychotherapeutinnen und
Psychotherapeuten**

Eine qualitative Studie

Céline-Anne Vuille

Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Fachliche Beratung: Renée Bremi, MSc UZH

Biel, November 2012

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.

Dank

An dieser Stelle möchte ich mich herzlich bei allen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bedanken, die sich als Interviewpartnerinnen bzw. Interviewpartner zur Verfügung gestellt haben - ohne sie wäre die vorliegende Arbeit nicht möglich gewesen. Die Zeit, die sie sich dafür genommen haben ist nicht selbstverständlich und die Bereitschaft, mit einer so grossen Offenheit mit mir über ein doch sehr persönliches Thema zu reden, berührte mich sehr. Durch das Führen dieser Interviews habe ich einen wertvollen Einblick in die Arbeit der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erhalten, der für mich auch von persönlichem Nutzen ist.

Ein weiterer grosser Dank gilt Frau Bremi für die fachliche, konstruktive und wohlwollende Begleitung während der ganzen Arbeit sowie Frau von Wyl für die wertvollen Ratschläge während den Kolloquien. Ein grosser Dank gilt auch meiner Freundin Selina, die mir jederzeit fachlich als auch persönlich beigestanden ist, Helen für die fachliche Hilfestellung und Rita fürs Gegenlesen der Arbeit und die Korrekturen. Ebenfalls danken möchte ich Romi und Jürg für die liebevolle Unterstützung. Ein besonderer Dank gilt meinem Freund Kesian, der mir während der Phase, wo wenig Zeit für die eigene Selbstfürsorge übrig war, sehr viel Geduld entgegenbrachte und vor allem an mich geglaubt hat.

Abstract

Die Masterarbeit hat zum Ziel, differenzierte Einblicke in die Selbstfürsorgestrategien von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu erhalten und herauszufinden, wie sie im Allgemeinen, aber auch während der konkreten Therapiesituation und unmittelbar danach mit schwierigen und belastenden Situationen umgehen. Zur Beantwortung der Fragestellung wurden im ersten Teil der Arbeit theoretische Grundlagen erarbeitet. Mittels eines halbstrukturierten, problemzentrierten Interviews wurden zehn Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befragt, die mindestens fünf, maximal fünfzehn Jahre Berufserfahrung im ambulanten Setting oder in der freien Praxis sowie ein Arbeitspensum von 60% oder mehr haben. Die Auswertung der Daten erfolgte anhand der strukturierten qualitativen Inhaltsanalyse. Die Analyse ergab folgende vier Hauptkategorien: „Arbeitszufriedenheit“, „Wohlbefinden, Ressourcen und Gesundheit“, „Allgemeine Selbstfürsorge“ und „Selbstfürsorge während Therapiesitzung“. Die Kategorien werden einzeln dargestellt und erklärt. Zur Illustration werden ausgewählte Aussagen der Probanden beigezogen.

Es kann gesagt werden, dass die befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten über vielfältige Strategien sowohl im Allgemeinen, aber auch während und nach der Therapiesituation verfügen. Die allgemeinen Selbstfürsorgestrategien sind sehr heterogen. Die Strategien sind während der Therapiesituation vor allem imaginativ und körperbezogen. Die Strategien danach sind vor allem verbaler Art. Aufgrund der heterogenen Antworten der befragten Personen lässt sich vermuten, dass das Thema Selbstfürsorge sehr unterschiedlich wahrgenommen wird und ein sehr individuelles und persönliches Thema darstellt.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Fragestellung und Ziel	1
1.2	Aufbau der Arbeit	2
1.3	Abgrenzung.....	3
I. THEORETISCHER TEIL		
2	Beruf „Psychotherapeutin und Psychotherapeut“	4
2.1	Berufswahl und berufsbezogene Anforderungen.....	4
2.2	Typische Belastungsfaktoren	6
2.2.1	Gegenübertragungsphänomen	7
2.2.2	Sekundäre Traumatisierung.....	8
2.3	Folgen von Belastungen.....	9
2.4	Vorgaben des Berufsverbands.....	10
3	Gesundheit, Wohlbefinden und Ressourcen	13
3.1	Psychische Gesundheit und Wohlbefinden	13
3.2	Wohlbefinden und Arbeit.....	14
3.3	Arbeitszufriedenheit.....	15
3.4	Ressourcen.....	17
4	Selbstfürsorge und Psychotherapie	19
4.1	Geschichtliche Entwicklung der Selbstfürsorge	19
4.2	Definition und Überlegungen zur Selbstfürsorge	19
4.3	Selbstfürsorgestrategien.....	21
4.3.1	Allgemeine Selbstfürsorgestrategien.....	21
4.3.2	Selbstfürsorgestrategien im Moment der Therapiesituation.....	23
5	Leitfragen und Ziel der Arbeit	24
5.1	Zusammenfassung des Theorieteils	24
5.2	Zusammenstellung der Leitfragen	25
II. EMPIRISCHER TEIL		
6	Methodisches Vorgehen	26
6.1	Gütekriterien	26
6.2	Datenerhebung	27
6.3	Interviewleitfaden	27

6.4	Probandengewinnung und Beschreibung der Stichprobe	27
6.5	Durchführung der Interviews und Aufbereitung der Daten	29
6.6	Datenauswertung.....	30
7	Darstellung der Ergebnisse	31
7.1	Arbeitszufriedenheit (A)	32
7.1.1	Freude am Beruf (A1).....	33
7.1.2	„Nährendes“ im Beruf (A2).....	34
7.1.3	Allgemeine Zufriedenheit mit Beruf (A3).....	35
7.1.4	Zufriedenheit mit Arbeitsbedingungen (A4)	36
7.1.5	Veränderungen der Arbeitsbedingungen (A5)	37
7.1.6	Veränderbarkeit der Arbeitsbedingungen (A6).....	38
7.1.7	Optimale Arbeitsbedingungen (A7).....	39
7.1.8	Empfinden von Wertschätzung (A8)	39
7.1.9	Erwartungen (A9).....	40
7.2	Wohlbefinden, Ressourcen und Gesundheit (B)	42
7.2.1	Stellenwert Wohlbefinden (B1)	42
7.2.2	Tätigkeiten für psychisches, körperliches und seelisches Wohlbefinden (B2).....	43
7.2.3	Persönliche Ressourcen (B3).....	44
7.2.4	Abschalten nach der Arbeit (B4)	45
7.2.5	Weitere Faktoren, die zur Gesundheit beitragen (B5)	45
7.3	Allgemeine Selbstfürsorge (C).....	46
7.3.1	Definition (C1)	46
7.3.2	Allgemeine Selbstfürsorgestrategien (C2).....	47
7.3.3	Veränderung der Selbstfürsorgestrategien (C3).....	49
7.3.4	Übereinstimmung von Selbstfürsorgestrategiekonzepten (C4)	49
7.3.5	Wichtigkeit der Selbstfürsorge im Beruf (C5).....	50
7.3.6	Selbstfürsorge als Burnout-Prävention (C6).....	51
7.3.7	Stellenwert Selbstfürsorge im Studium (C7).....	51
7.3.8	Stellenwert Selbstfürsorge in der Weiterbildung (C8).....	51
7.3.9	Wunsch nach Thematisierung (C9)	51
7.3.10	Auswirkung von Zeitmangel (C10).....	52
7.4	Selbstfürsorge während Therapiesitzung (D).....	52
7.4.1	Thema während Therapie (D1).....	52
7.4.2	Schwierige Situationen (D2)	53
7.4.3	Selbstfürsorgestrategien während Therapiesitzung (D3).....	54
7.4.4	Selbstfürsorgestrategien unmittelbar nach Therapiesitzung (D4).....	55

7.4.5	Therapeutisches Werkzeug versus Selbstfürsorge (D5)	55
8	Diskussion	56
8.1	Zusammenfassung der Ergebnisse	56
8.2	Interpretation der Ergebnisse	60
9	Schlusswort	68
9.1	Kritische Stellungnahme	68
9.2	Weiterführende Gedanken	70
9.3	Implikationen für die Praxis	72
10	Literaturverzeichnis	74
Anhang		80

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	(Un-) Zufriedenheit von Neuapprobierten nach Ruoss et al. 2012	16
Tabelle 2:	Übersicht der Leitfragen	25
Tabelle 3:	Stichprobe	29
Tabelle 4:	Kategoriensystem	31
Tabelle 5:	Einschätzung auf einer Skala von 1 bis 10	32

1 Einleitung

Im folgenden Kapitel werden einleitend die Fragestellung und das Ziel vorliegender Arbeit konkretisiert. Der Aufbau wird erläutert und es wird dargelegt, welche Themen in die Arbeit einfließen und auf welche nicht näher eingegangen wird.

1.1 Fragestellung und Ziel

Laut wissenschaftlichen Erkenntnissen sind Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durch ihren Beruf einer fortwährenden Belastung ausgesetzt (Hoffmann & Hofmann, 2008; Lups, Kliem & Kröger, 2012; Norcross & Guy, 2010). Darunter können körperliche Ermüdungserscheinungen, emotionaler Aufwand durch die tägliche Begegnung mit seelischem und psychischem Leiden, Belastungen aufgrund von Patientenverhalten, die hohen Anforderungen an Persönlichkeit und Haltung sowie weitere Aspekte subsumiert werden. Trotzdem wird gesagt, dass die Arbeitszufriedenheit von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gross ist (Willutzki, Ambühl, Cierpka, Meyerberg & Orlinsky, 1997; Ruoss, Ochs, Jeschke & Peplau, 2012) und sie über Strategien für ihre Selbstfürsorge verfügen. In verschiedenen Studien wird deutlich, dass es negative Auswirkungen auf das Berufsleben haben kann, wenn Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ihre eigenen Probleme verdrängen oder sich nicht um ihr psychisches, seelisches und körperliches Wohlbefinden kümmern (Hoffman & Hofmann, 2008; Perry, 2002; Schröder, 2006). Aus diesem Grund ist es eminent wichtig, dass sie lernen, sich vor den Belastungen zu schützen und Bearbeitungsstrategien aufbauen, welche die psychische und physische Gesundheit eines Menschen fördern. Daher raten verschiedene Autoren zu einer fortwährenden und aktiven Selbstfürsorge, um negativen Konsequenzen vorzubeugen (Fengler, 1997; Hoffmann & Hofmann, 2008).

Bereits 2010 untersuchte eine Studentin der ZHAW in ihrer Masterarbeit quantitativ das Selbstfürsorgeverhalten von Psychotherapierenden in der Schweiz anhand des ins Deutsche übersetzten „Five Factor Wellness Inventory (5F-WEL)“ (Fioritto, 2010). Die vorliegende Arbeit möchte das Thema Selbstfürsorge mittels einer explorativen Studie mit halbstrukturierten, problemzentrierten Interviews vertiefen. Die Arbeit hat zum Ziel, differenzierte Einblicke in die Selbstfürsorgestrategien zu erhalten und auch herauszufinden, wie die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten während der konkreten Therapiesituation mit schwierigen und belastenden Situationen umgehen.

Da die Arbeit als Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeut an sich Gefahren birgt, die so-

wohl die Gesundheit als auch das Wohlbefinden negativ beeinflussen können, empfiehlt Linneweh (2002), sich am Arbeitsplatz unbedingt Bedingungen für das psychische Wohlbefinden zu schaffen, damit man den Arbeitsbelastungen gewachsen ist und seine persönlichen Ressourcen erhöhen kann. Daher werden die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den Interviews danach gefragt, was sie für ihr psychisches, körperliches und seelisches Wohlbefinden machen, welche Faktoren weiter zur Gesundheit beitragen und über welche persönlichen Ressourcen sie verfügen. Weiter sind in der Literatur Anhaltspunkte zu finden, dass eine hohe Arbeitszufriedenheit als Schutzfaktor gegen berufsbedingte Belastungen angesehen werden kann (Lups et al., 2012). Daher wird auch verstärkt auf die Arbeitszufriedenheit eingegangen und versucht herauszufinden, was den befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Freude an ihrem Beruf bereitet und was sie als „nährend“ ansehen. Weiter wird erörtert, wie es mit der allgemeinen Zufriedenheit und mit der Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen aussieht, ob die Befragten Veränderungen bei den Arbeitsbedingungen wahrnehmen, sie diese auch als veränderbar ansehen und wie ihrer Meinung nach optimale Arbeitsbedingungen aussehen würden. In der vorliegenden Arbeit werden die Begriffe Psychohygiene und Selbstfürsorge (analog Hoffman & Hoffman, 2008) synonym verwendet.

1.2 Aufbau der Arbeit

Im theoretischen Teil der Arbeit wird zuerst auf den Beruf der „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ näher eingegangen in dem die berufsbezogenen Anforderungen und Belastungsfaktoren umrissen, die Folgen von Belastungen beschrieben sowie die Vorgaben der Berufsverbände in Bezug auf die Weiter- und Fortbildung dargelegt werden (Kapitel 2). Danach wird auf die Themen Gesundheit, Wohlbefinden, Arbeitszufriedenheit und Ressourcen eingegangen (Kapitel 3). Im Anschluss werden ganz allgemein die Themen der Psychohygiene bzw. Selbstfürsorge und die allgemeinen Selbstfürsorgestrategien sowie die Strategien während der konkreten Therapiesituation und unmittelbar danach behandelt (Kapitel 4). Aus dem Theorieteil schliesslich wird abgeleitet, welche spezifischen Aspekte für die vorliegende Arbeit interessieren und welche Leitfragen für den Interviewleitfaden formuliert werden (Kapitel 5). Im Methodenteil werden zuerst die Gütekriterien von qualitativer Forschung und die Datenerhebung erläutert. Es folgen Erklärungen und Informationen zum Interviewleitfaden, zur Probandengewinnung und zur Beschreibung der Stichprobe. Daraufhin wird die Durchführung der Interviews, die Aufbereitung der Daten und die

Datenauswertung dargelegt (Kapitel 6). In Kapitel 7 werden die Ergebnisse der explorativen Studie beschrieben. Schliesslich werden die Ergebnisse zusammengefasst und auf die eingangs gestellten Leitfragen hin erörtert und interpretiert (Kapitel 8). Den Abschluss der Arbeit bilden die kritische Stellungnahme, weiterführende Gedanken für mögliche Folgeuntersuchungen und die Implikationen für die Praxis (Kapitel 9).

1.3 Abgrenzung

Bewusst in der Arbeit nicht näher beschrieben werden die verschiedenen Therapierichtungen und Weiterbildungsmöglichkeiten. Auch auf eine spezifische Darstellung der Konzepte „Stress“ und „Burnout“ und eine umfassende Aufführung des Konstrukts „Wohlbefinden“ wird aufgrund des Umfangs nicht näher eingegangen.

I. THEORETISCHER TEIL

2 Beruf „Psychotherapeutin und Psychotherapeut“

In diesem Kapitel wird einerseits die Frage erörtert, welche Personen sich zur Wahl des Berufs der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten hingezogen fühlen und welche berufsbezogenen Anforderungen an die Psychotherapeutin und den Psychotherapeuten gestellt werden. Weiter werden typische Belastungsfaktoren aufgezählt, dargelegt, welche Folgen diese Belastungen mit sich bringen und was vom Berufsverband vorgegeben wird.

2.1 Berufswahl und berufsbezogene Anforderungen

Nach Reimer (1997) fühlen sich häufig „Individualisten, sensible und verletzte Menschen, die im Grunde selbst Hilfe suchen und dies unter dem Deckmantel der Ausbildung verstecken“ (S. 311), zum Beruf der Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten hingezogen. Der Autor führt weiter aus, dass in keinem anderen Fach innerhalb der medizinischen Disziplin so hohe Anforderungen „an die Persönlichkeit des Therapeuten und insbesondere an seine Integrität“ (S. 307) gestellt werden, wie im Bereich der Psychotherapie. Reimer erklärt dies damit, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten allen Eigenschaften seelischen Leidens ihrer Patienten ausgesetzt sind und sie „diese wahrnehmen, annehmen, aushalten und mit Geduld einer Bearbeitung zugänglich machen müssen“ (S. 307). Dies könnte wiederum erstere Aussage unterstreichen, in dem vielleicht Personen, die selber Leid und Verletzungen erlebt haben, besser bzw. geduldiger mit dem Leid anderer umgehen können. Auch Norcross und Guy (2007) halten fest, dass „die Persönlichkeit des Therapeuten und die therapeutische Beziehung mindestens ebenso viel wie eine bestimmte Therapiemethode zum Behandlungsergebnis beitragen“ (S. 22).

Von Rad (1997) berichtet von einer länderübergreifenden Studie, in der 3000 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dazu befragt wurden, wie sie in ihrer therapeutischen Arbeit am liebsten sein möchten. Am meisten wurde die Eigenschaften „akzeptierend (97%), engagiert, tolerant, warmherzig (alle 91%) und intuitiv (86%)“ (S. 33) genannt. Diese Ergebnisse decken sich auch mit den Vorstellungen, die unsere Gesellschaft von der idealen Therapeutenpersönlichkeit hat (Jaeggi, 2001).

Auch Schmidbauer (1977) hält fest, dass in allen sozialen Berufen „die eigene Persönlichkeit das wichtigste Instrument“ ist und die Grenzen ihrer Belastbarkeit und Flexibilität „zugleich die Grenzen unseres Handelns“ (S. 7) sind.

Nach Kanfer (2012) gibt es verschiedene persönliche Voraussetzungen, die der Autor als wesentlich erachtet, um den Beruf der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten auszuüben. Er fasst sie in den folgenden fünf grundlegenden Kategorien zusammen:

1. „Therapeutische und interpersonale Fertigkeiten
2. Persönliche Überzeugungen, Motive und Wertvorstellungen
3. Lebenserfahrung und Wissen über sich selbst
4. Wissen über die soziokulturelle Realität von Klienten sowie
5. Orientierung an ethischen/berufsständischen Standards“ (S. 429f).

Weiter vertritt der Autor die Meinung, dass die primäre Motivation für den Beruf der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten „in der Intensivierung des Wohles von Klienten“ (S. 477) liegen soll.

Neben den persönlichen Voraussetzungen sind gemäss der Literatur auch bestimmte Haltungen unerlässlich, um dem Beruf der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten nachzugehen. Nach Hoffmann und Hofmann (2008) sind es: Neugierde und Interesse, Anteilnahme, Empathie, Ausdauer und Flexibilität sowie Selbstfürsorge (vgl. S. 190ff).

Spitzer (2007) macht eine Einteilung in Job, Beruf und Berufung. Wer einen Job hat, macht ihn vor allem um des Geldes Willen und nicht weil er die Arbeit, die er verrichtet, gerne tut oder sich zu ihr berufen fühlt. Hat man einen Beruf, macht man ihn weniger aus finanziellen Gründen, sondern eher, um mehr Macht zu erlangen und das Selbstwertgefühl zu steigern. Und jemand, der seiner Berufung nachgeht, macht dies aufgrund seiner persönlichen Fähigkeiten und Neigungen und weil er das, was er macht, schätzt und gerne macht. Auch letztlich „um die Welt, wenn auch nur ein kleines Stück, zu verbessern“ (S. 191). Jaeggi (2001) hat in Studien herausgefunden, dass „viele Therapeuten die Motivation, die sie zum Beruf treibt, als etwas äusserst Persönliches, ja Intimes begreifen“ (S. 50) und der Moment der Berufswahl oftmals als Erleuchtung beschrieben wird. Nicht selten wird der Beruf ebenfalls „mit sehr wichtigen Aspekten des Selbstkonzepts in Beziehung gesetzt“ (S. 46). Daraus kann geschlossen werden, dass die meisten Psychotherapeutinnen und Psychothe-

rapeuten ihre Berufswahl eher als Berufung anstatt als Job oder Beruf ansehen. Und genau in den damit verbundenen hohen Ansprüchen an sich selbst sieht die Autorin den Zusammenhang mit den belastenden Auswirkungen. Denn wenn sich jemand berufen fühlt, „hat er in jeder Hinsicht dieser Berufung gerecht zu werden. Kann er das nicht leisten (und es ist vermutlich schwer, dies zu tun!), dann ergeben sich wie von selbst Zweifel an der eigenen Person und Tätigkeit“ (S. 62).

Es lässt sich also festhalten, dass die berufsbezogenen Anforderungen sehr vielfältig und hoch sind und sich vor allem auf die Persönlichkeit der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beziehen. Dies deckt sich mit den Ergebnissen einer länderübergreifenden Studie, in der die befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten angeben, den Wunsch zu haben, in ihrer Arbeit vor allem akzeptierend, tolerant, warmherzig, engagiert und intuitiv zu sein (von Rad, 1997).

2.2 Typische Belastungsfaktoren

Nach Hoffmann und Hofmann (2008) werden einige Faktoren bei der Ausübung von Psychotherapie als belastend wahrgenommen, die im Folgenden näher beschrieben werden. Dies sind einerseits Belastungen durch lang andauernde Kontakte mit Klienten, die sich in schwierigen Lebenslagen befinden. Dadurch müssen sich die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vermehrt mit „negativen Emotionen wie Angst, Trauer, Niedergeschlagenheit, Hilflosigkeit und Wut“ (S. 3) auseinandersetzen. Dies kann eigene unangenehme Erfahrungen in Erinnerung rufen. Des Weiteren haben Untersuchungen gezeigt, dass durch das Mitleiden mit anderen Menschen das Schmerzzentrum im Gehirn aktiviert wird und der Schmerz anderer fast wie der eigene empfunden werden kann (vgl. Hoffmann & Hofmann, 2008, S. 3). Weiter gibt es Belastungen durch gewisse Patientengruppen und -reaktionen. Hier wird hauptsächlich die Belastung durch suizidale und stark aggressive Patienten genannt. Als belastende Einstellung von Patientinnen und Patienten wird „die Neigung zu Bagatellisierung, Verleugnung und Entwertung“ (S. 5) aufgelistet. Weiter gibt es Belastungen durch die Therapeut-Patient-Beziehung. Dies vor allem, weil die Beziehung eine emotionale Beanspruchung fordert und man sich ständig überlegen muss, wie man sich der Person gegenüber verhalten soll und dies einen Zustand der Ermüdung auslösen kann. Weiter gibt es Belastungen durch Charakteristika des Therapiesettings und ganz allgemein emotionale und auch körperliche Ermüdungserscheinungen, die in einer Er-

schöpfung enden können. Auch die Anforderungen an die Persönlichkeit und Haltung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können belastend wirken. Dies, weil von ihnen nicht nur das Beherrschen von technischen Vorgehensweisen vorausgesetzt wird, sondern weil von ihnen auch erwartet wird, dass sie „auch von ihrer Persönlichkeit her ein Modell für das bieten, was sie ihren Patienten vermitteln wollen“ (S. 8).

Mahoney (1991) teilt die Belastungsquellen in der psychotherapeutischen Arbeit in drei Bereiche ein. Der erste Bereich beinhaltet die Arbeitsbedingungen, worunter das Arbeitspensum, organisatorische und zeitliche Schwierigkeiten, übermäßige administrative Arbeiten etc. subsumiert werden. Die körperliche und emotionale Erschöpfung, das übermäßige Verantwortungsgefühl gegenüber den Patienten, Selbstzweifel etc. werden dem zweiten Bereich, dem Bereich der privaten Angelegenheiten zugeschrieben. Der dritte Bereich betrifft das Verhalten der Klientinnen und Klienten, worunter belastende Verhaltensweisen der Klienten wie bspw. aggressive Handlungen oder abweisendes und grenzüberschreitendes Verhalten zusammengefasst werden.

Jaeggi (2001) wiederum teilt die verschiedenen Belastungen in die Faktoren „die Grenzen“, „das normale Ausgelaugtsein“, „die Vermischung von Beruf und Privatleben“, „Zeitliche Belastung“ und „die Schwierigkeit mit der Theorie“ ein (vgl. S. 117ff).

Die Belastungen, die im Zusammenhang mit der Berufsausübung aufgezählt werden, entstehen demnach vor allem aus dem Patientenkontakt, aber auch durch die Arbeitsbedingungen und durch private Angelegenheiten wie beispielweise einem übermäßigen Verantwortungsgefühl und Selbstzweifel.

2.2.1 Gegenübertragungsphänomen

Als eine mögliche Belastung in der psychotherapeutischen Arbeit kann das Gegenübertragungsphänomen verstanden werden. Nach Boessmann (2006) wird die Übertragung in der Psychoanalyse definiert als Phänomen, dass „Gefühle, Wünsche, Ängste aus früheren, in der Regel infantilen, Objektbeziehungen in aktuellen Beziehungen“ (S. 63) wiedererscheinen. Dies kann beim Psychotherapeuten und bei der Psychotherapeutin zum Teil eine heftige Gegenübertragungsreaktionen auslösen, wie z.Bsp. das Entstehen von Schuldgefühlen, das Gefühl, durch einen Patienten frustriert und blockiert zu sein, oder das Aufkommen von Langeweile und Ungeduld (vgl. Norcross & Guy, 2010, S. 77). Seit Freud wird dieses

Phänomen aber nicht mehr generell als Störfaktor angesehen, sondern als wichtiges und wertvolles diagnostisches und therapeutisches Instrument. Der adäquate Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung wird als wichtiges Erfolgskriterium eines Therapieverlaufs angesehen (vgl. Boessmann, 2006, S. 63).

Auch Reimer (2007) weist darauf hin, dass das permanente Konfrontiertsein mit dem psychischen Leid der Patienten zu körperlichen und psychischen Belastungen führen kann. Erschöpfung, Müdigkeit und Schlafstörungen können Auswirkungen von körperlichen Belastungen sein. Die psychischen Belastungen äussern sich oft in aggressiven Affekten gegenüber den Patienten. Der Autor führt weiter aus, dass sich viele dieser Aspekte „in Gegenübertragungsreaktionen“ zeigen, „die wiederum die Qualität der therapeutischen Arbeit mindern können“ (S. 747).

2.2.2 Sekundäre Traumatisierung

In der Literatur wird beschrieben, dass bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die viel mit traumatisierten Patienten arbeiten und konfrontiert sind, die Gefahr der Sekundären Traumatisierung besteht. Lups et al. (2012) sehen neben diversen berufsbezogenen und sozioökonomischen folgende zwei Faktoren als wichtige Einflussgrößen an: „das Ausmass der Konfrontation mit traumatischen Inhalten und eine eigene traumatische Erfahrung“ (S. 95). Die Autoren haben in einer Studie mit 145 psychotraumatologisch interessierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus Niedersachsen herausgefunden, dass die gewählte Stichprobe in den Bereichen Sekundärtraumatisierung und Burnout wenig belastet ist und sie eine hohe Arbeitszufriedenheit aufweisen. Da 80% der Befragten eine Fortbildung im Bereich der Psychotraumatologie haben, stellen die Autoren im Einklang mit weiteren Studienergebnissen die These auf, dass eine Spezialisierung stärkeren Belastungen vorbeugt. Weiter fügen sie an, dass die Ergebnisse evtl. auch durch die Stichprobenselektion zustande gekommen sind. Dies rührt daher, dass die Rücklaufquote nur 5% betrug (angeschrieben wurden 3433 Personen) und sie somit die Annahme getroffen haben, dass Personen, die stark unter den Belastungen gelitten hatten, das Berufsfeld bereits verlassen haben und somit nur Personen teilnahmen, die besser mit den Belastungen umgehen können.

2.3 Folgen von Belastungen

Pross (2009) untersuchte in einer internationalen Studie mit verschiedenen Personen aus Helferberufen (aus den Bereichen Psychologie, Pädagogik, Medizin, Sozialarbeit etc.), welches Symptome von Stress und Überbelastung sind und fasste sie der Häufigkeit der Nennungen nach geordnet, folgendermassen zusammen (n=72): Überarbeitung/Workaholismus, Erschöpfung/Unlust, familiäre Spannungen/Unlust, Depressionen, Ausstiegswunsch, körperliche Erkrankungen, Sucht, Alpträume, Weltbild erschüttert, Schlafstörungen und Gereiztheit (S. 125ff). In der Literatur wird, wenn von berufsbezogenen Anforderungen und deren Folgen gesprochen wird, oft auch der Begriff Burnout erwähnt. Jaeggi (2001) betont, dass die Belastungen nicht direkt zu einem Burnout führen müssen, man sie aber als warnende Vorzeichen wahrnehmen soll (vgl. S. 117).

Auch Sonnenmoser (2009) weist darauf hin, dass die aktive und fortwährende Selbstfürsorge helfen kann, „die berufliche Leistungsfähigkeit zu erhalten, die Lebensqualität zu verbessern und schädigende Einflüsse, Stress und Burnout langfristig zu verhindern“ (S. 308). Nach Kanfer (2012) können ein übersteigertes persönliches Engagement und eine allzu grosse emotionale Beteiligung zu einem Burnout führen. Dies wiederum gefährde die Durchführung von effektiven Behandlungen und Therapien. Jaeggi (2001) führt ebenfalls aus, dass es „die Verausgabung sei, die dauernde Empathie, das Miterleben, das psychisch aushöhlen kann, wenn man nicht Kompensationen im Privatleben schafft“ (S. 74).

Fengler (1997) weist auf die Diskrepanz hin, die zwischen unserem Wissen über Möglichkeiten der Burnout-Prophylaxe und dem tatsächlichen Anwenden dieser Strategien besteht, indem er sagt „es scheint, dass wir von diesem Wissen oft nicht konsequent genug Gebrauch machen oder dass wir das Thema, was die eigene Person angeht, nicht wichtig genug nehmen“ (S. 94). Auch Reddemann (2005) sagt, dass sie erstaunt darüber sei, wie viele Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten über die Selbstfürsorge sprechen, dann aber doch eher wenig für ihre eigene Selbstfürsorge tun (vgl. S. 564).

Ein wichtiger Faktor, um den Belastungen entgegenzuwirken, kann nach Jaeggi (2001) auch sein, dass „man sich theoretisch immer wieder neue Möglichkeiten der Interpretation offenhält“ (S. 129). Dafür braucht's sowohl Offenheit, Toleranz als auch fundierte theoretische Kenntnisse. Reimer (1997) weist darauf hin, dass der Umgang mit diesen Belastungen unbedingt als Pflichtveranstaltungen in die Curricula von Weiterbildungsinstitutionen ein-

fließen sollte. Er nennt folgende mögliche Themen: Stressoren und Gefahren innerhalb des Berufs und Herausforderungen und Probleme der Arbeit als Psychotherapeutin und Psychotherapeut, Möglichkeiten der Psychohygiene und Bewältigung und Aspekte der eigenen Lebensqualität (vgl. S. 313). Vor allem auch ethischen Fragen und Schwierigkeiten die sich ergeben können, sollten laut Reimer mehr Raum gegeben werden, da diese in Weiterbildungsinstitutionen stets zu kurz kämen.

Wie in der Literatur zu sehen ist, gibt es sehr viele Faktoren, die als belastend wahrgenommen werden können. Dies sowohl auf der strukturellen als auch auf der emotionalen Ebene. Reddemann (2003) weist darauf hin, dass es dann schwierig wird, wenn die ausgelösten eher negativen Gefühle „dominieren und immer weniger Platz für Gefühle von Freude, Lebenslust und Glück da zu sein scheint“ (S. 82).

2.4 Vorgaben des Berufsverbands

Im vorherigen Kapitel wurde angesprochen, welche Anforderungen an die spezifischen Weiterbildungsinhalte aus Untersuchungen gefordert werden. Daher wird im Folgenden dargestellt, welche Richtlinien zur Berufsethik, zu Weiterbildungs- und Fortbildungspflicht gelten und welche Rolle die Supervision dabei spielt. Tritt man einem Berufsverband bei, gibt es verschiedene Richtlinien, die zu befolgen sind. Beim SBAP (Schweizerischer Berufsverband angewandter Psychologen) gibt es eine Berufsordnung, die die verschiedenen Aspekte der Verantwortung widerspiegelt. Sie gilt der Verhaltensorientierung und der ethischen Konsensbildung. Die berufsethischen Grundsätze lassen sich in die Bereiche „Verantwortlichkeit“, „Berufliche Kompetenz“, „Schweigepflicht und Datenschutz“, „Gestaltung der beruflichen Beziehungen“ und „Mitverantwortung für die Berufsethik des SBAP“ einteilen. Neben der Berufsordnung gibt es auch Richtlinien zu Weiterbildungs- und Fortbildungspflichten. Um bspw. den Fachtitel Psychotherapie beim SBAP zu erlangen, muss man ein abgeschlossenes Hauptfachstudium in Psychologie haben, mindestens ein Jahr zu 100% in einer Einrichtung der psychosozialen Grundversorgung gearbeitet und eine mindestens 4-jährige Weiterbildung mit SBAP-anerkanntem Curriculum absolviert haben. Die Weiterbildungsinhalte setzen sich zusammen aus 400 Stunden „Theorie“ (Metatheorie, Therapietheorie, Praxistheorie), 200 Sitzungen „Selbsterfahrung“, um die Entwicklung der eigenen Persönlichkeit zu fördern und die gewählte Methode persönlich zu kennen sowie aus mindestens 200 Stunden „Supervision“, um die gemachten Erfahrungen

unter professioneller Begleitung zu reflektieren. Ebenfalls gilt es vorzuweisen, dass man selber über mindestens 400 Stunden psychotherapeutische Praxis verfügt. Zudem besteht für alle Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eine Fortbildungspflicht.

Beim FSP (Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen) sieht das für Personen mit einer Anstellung von 60 oder mehr Prozent folgendermassen aus: Die Fortbildungspflicht beinhaltet, dass im Zeitraum von jeweils drei Jahren 240 Stunden Fortbildung aus drei der fünf folgenden Bereiche nachgewiesen werden müssen: „Schulungen, Kurse, Tagungen oder Kongresse“, „Supervision, Selbsterfahrung oder Intervision“, „Studium von Fachliteratur“, „Mitarbeit in Forschungs-, Qualitätsentwicklungs- oder Fortbildungsprojekten“ oder „Mitarbeit in Berufsverbänden oder Kommissionen“. Bei einer Anstellung von weniger als 60 Stellenprozenten, gilt für denselben Zeitrahmen ein minimaler Umfang von 120 Stunden aus zwei der dargestellten Fortbildungsformen. Die Fortbildung hat zum Ziel, dass das Wissen im Fachgebiet aktuell ist und dass die berufliche Vernetzung, Weiterentwicklung und Horizonterweiterung gewährleistet sind. Die Weiter- und Fortbildungspflicht für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist demnach sehr umfangreich und klar geregelt.

Die Supervision ist in der Aus- und Weiterbildung von grosser Bedeutung, da sie verschiedene Ziele verfolgt. Einerseits geht es um die Reflexion des eigenen Handelns, andererseits um den Erwerb von Fähigkeiten und Fertigkeiten. Neben dem persönlichen Nutzen für die Teilnehmenden, sehen die Autoren Strauss und Freyberger (2010) auch die Möglichkeit, dass die Institute so auch in bestimmtem Masse die Kontrolle über die Ausbildungsteilnehmenden haben. Sie definieren, dass die Supervision in der klinischen Praxis „der Professionalisierung, Rollenfindung und der Weiterentwicklung professioneller Identität ... und auch der Psychohygiene, im Sinne einer professionellen Unterstützung und Burnout-Prophylaxe“ diene (S. 453). Auch Trost (1999) hält fest, dass sich die Supervision in den letzten Jahren „zu einem Standardinstrument der Psychohygiene am Arbeitsplatz“ (S. 414) entwickelt hat. Als eine weitere Möglichkeit, sein eigenes Handeln zu reflektieren sieht er die Intervision. Hierbei wird die Gruppe nicht von einem professionellen Supervisor geleitet, sondern sie setzt sich aus verschiedenen Berufskollegen und -kolleginnen zusammen und ermöglicht den Austausch untereinander.

Die kontinuierliche berufliche Weiterentwicklung und Weiterbildung hat nach Kanfer (2012) zum Ziel, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in die Lage zu versetzen,

„neue Entwicklungen ihrer Disziplin mit zu vollziehen und Klienten die wirklich derzeit effektivsten Therapieformen anzubieten“ (S. 476). Nach Reimer (1997) sollten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch nach abgeschlossener Selbsterfahrung während der Weiterbildung, in bestimmten Intervallen Zeit in die eigene Selbsterfahrung investieren. Dies könnte eine „präventive Wirkung im Sinne einer Sorge für die eigene Psychohygiene haben“ (S. 312) und gleichzeitig auch als wichtiges Instrument für die Qualitätssicherung dienen. Kanfer (2012) macht darauf aufmerksam, dass die Supervision nicht nur dem Reflektieren von schwierigen oder negativen Praxisbeispielen oder Erfahrungen dienen sollte. Es kann genauso gut um das „Erkennen günstiger/förderlicher positiver Muster“ (S. 449) gehen und darum, das therapeutische Handeln hinsichtlich der Effektivität zu überprüfen.

Reimer, Jurkat, Vetter und Raskin (2005) kamen zum Schluss, dass „neben psychohygienischen Massnahmen auch abgesicherte Berufsperspektiven“ (S. 109) einen grossen Einfluss auf die Lebenszufriedenheit haben und daher von Seiten der Therapeutinnen und Therapeuten ein aktives Mitgestalten in den Berufsverbänden gefragt ist. Weiter sollen Fortbildungs- und Weiterbildungsmassnahmen stärker auf die Bedürfnisse der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zugeschnitten werden, damit sie bspw. lernen, mit Belastungen umzugehen und Strategien aufzubauen um diese zu bewältigen.

Daraus kann geschlossen werden, dass in den Weiterbildungscurricula und in der Regelung der Fortbildungspflicht mit der Supervision bereits sehr viel in die Richtung getan wird, um besser mit berufsbezogenen Belastungen umzugehen, dies aber noch weiter ausgebaut und auf die Bedürfnisse der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zugeschnitten werden könnte.

3 Gesundheit, Wohlbefinden und Ressourcen

In diesem Kapitel wird der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Wohlbefinden dargestellt und deren Wichtigkeit aufgezeigt. Weiter wird auf die Arbeitszufriedenheit und die persönlichen Ressourcen eingegangen.

3.1 Psychische Gesundheit und Wohlbefinden

Die WHO definierte Gesundheit 1948 als „Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“ (Deringer, 2011). Auch Mayring (2003) betont, dass „subjektives Wohlbefinden eine zentrale Dimension von Gesundheit darstellt“ (S. 13) und daher bei Studien auch immer mit erfragt werden soll.

Aus der Therapieforschung und aus Studien von einzelnen Therapierichtungen wird ersichtlich, dass gerade der Anspruch an Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, für ihr Wohlbefinden und ihre Gesundheit zu sorgen, sehr hoch ist – sowohl ihnen selber als auch den Klienten gegenüber (Keller, 2009). Zur Erhaltung der eigenen Gesundheit und der eigenen Leistungsfähigkeit sowie in Verantwortung für ihre Patienten sollten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nach Keller (2009) ihre klinische Arbeit je nach persönlicher Belastbarkeit begrenzen. Nach Frank (2000) erzielen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zudem positivere Handlungsergebnisse, wenn sie sich psychisch gesund fühlen. Das bestätigt, dass „das Wohlbefinden der Psychotherapeuten eine wichtige Einflussgrösse des Therapieerfolgs ist“ (zit. nach Hoffmann & Hofmann, 2008, S. 10). Auch Baumeister (2011) appelliert „lasst uns auf unsere körperliche und seelische Gesundheit achten, bevor wir uns mit den Störungen anderer befassen“ (S. 74).

Schmidbauer (1983) weist darauf hin, dass eine klare Trennung zwischen von Berufs- und Privatleben ein wichtiger Einflussfaktor auf die seelische Gesundheit sein kann (vgl. S. 23), da dies voraussetzt, dass man die Belastungen nicht mit nach Hause nimmt.

Reimer et al. (2005) weisen ebenfalls darauf hin, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten stärker auf ihr eigenes psychisches Wohlergehen und Wohlbefinden achten und „ihre Empfehlungen an ihre Patienten auch für sich selber nutzen“ (S. 113) sollten. In einem Fragebogen zum Gesundheitszustand von ärztlichen und psychologischen Psychothe-

rapeutinnen und Psychotherapeuten (Bullinger & Kirchberger, 1998) zu den Bereichen Vitalität, Soziale Funktionsfähigkeit, Emotionale Rollenfunktion und Psychisches Wohlergehen erzielten die Probanden laut den Autoren Reimer et al. (2005) im Vergleich zu anderen Berufsgruppen deutlich tiefere Werte. Dies weist auf emotionale Belastungen hin, die zu Ermüdungserscheinungen führen können. Die Autoren merken aber des Weiteren an, dass die tiefen Skalenwerte auch durch die sehr gewissenhafte Auseinandersetzung mit solchen Themen erklärt werden könnten (vgl. S. 113). Auch Guy (1987) weist auf die Schwierigkeit von Therapeutinnen und Therapeuten hin, sich in ihrem Privatleben selbst so zu verhalten, wie sie es sich von ihren Patienten wünschen. Norcross und Guy (2010) beschreiben diese Diskrepanz folgendermassen „Wir fühlen uns oft heuchlerisch oder doppelzüngig – wenn wir anderen vorschlagen, weniger zu arbeiten, mehr Sport zu treiben, sich Erholung zu gönnen usw. – während wir doch selbst unsere Ratschläge nicht befolgen“ (S. 28).

3.2 Wohlbefinden und Arbeit

Nach Zapf (1994) gibt es unterschiedliche Möglichkeiten, wie Arbeitszufriedenheit und Wohlbefinden zusammenhängen. Einerseits beeinflussen die Arbeitsbedingungen Indikatoren mit denen das Wohlbefinden gemessen wird und andererseits kann „Wohlbefinden über gesellschaftliche Bewertungen von Arbeitsergebnissen vermittelt werden“ (S. 228). Weiter kann sich das Wohlbefinden auf die Arbeitsbedingungen auswirken und ebenso können Drittvariablen einen Einfluss auf das Wohlbefinden als auch auf die Bedingungen haben. Mit Drittvariablen können nach Zapf bspw. die familiäre und schulische Sozialisation gemeint sein. Es zeigt sich also, dass die Arbeitsbedingungen einen grossen Einfluss auf das Wohlbefinden haben und ebenso die gesellschaftlichen Erwartungen bspw. Bewertungen nicht ausser Acht gelassen werden dürfen. Linneweh (2002) macht darauf aufmerksam, dass der Beruf im Allgemeinen „für immer mehr Menschen über Jahre hinweg die stärkste Gesundheit, Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit bedrohende und gefährdende Stressquelle“ (S. 175) werden kann. Daher empfiehlt er, sich am Arbeitsplatz unbedingt Bedingungen für psychisches Wohlbefinden zu schaffen, damit man den Arbeitsbelastungen gewachsen ist und seine persönlichen Ressourcen erhöhen kann.

3.3 Arbeitszufriedenheit

Weinert (2004) definiert Arbeitszufriedenheit als „Ausdruck positiver Gefühle und Einstellungen eines Beschäftigten gegenüber seiner Arbeit“ (S. 245). Nach Spitzer (2007) ist „Arbeit das, was man daraus macht“ (S. 194). Die Arbeitszufriedenheit hängt nicht nur von der Art der Arbeit ab, vielmehr kann man sie durch die „Schaffung der richtigen Arbeitsbedingungen und Atmosphäre“ (S. 194) positiv beeinflussen. Nach Zapf (1994) wird die Arbeitszufriedenheit auch als Teilaspekt der Lebenszufriedenheit gesehen.

Willutzki et al. (1997) sehen „eine weitgehend positive affektive Haltung oder Zufriedenheit mit der Arbeit als Psychotherapeut oder Psychotherapeutin“ (S. 207) als Entwicklungsbasis für den Professionalisierungsprozess. Als Einflussfaktoren auf die professionelle Moral sehen die Autoren die gesellschaftlichen Bedingungen (unter denen die Arbeitsmöglichkeiten, die Bezahlung und die Anerkennung subsumiert werden), die institutionellen Bedingungen (dazu gehören Arbeitszeit, erlebte Kontrolle, Unterstützung, Supervision und Anzahl Patientinnen und Patienten), die therapeutische Tätigkeit (die gemachten Erfahrungen mit den Patientinnen und Patienten), personale Voraussetzungen (darunter fallen die Kompetenzen, der berufliche Entwicklungsstand und das Potential) und das Privatleben des Therapeuten (das eine belastende, aber auch entlastende Funktion haben kann). Im Rahmen einer Studie wurden zwischen 1991 und 1995 760 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus Deutschland, Österreich und der deutschsprachigen Schweiz danach gefragt, welche Einflüsse für ihre berufliche Entwicklung am bedeutendsten sind. 99,2 % gaben an, dass dies vor allem die Arbeit mit den Patienten ist. 97% gaben die Supervision, 96.6% allgemeine Kurse und Seminare, 94% die informellen Gespräche mit Berufskollegen, 90,5% das Lesen von Fachliteratur und 89,7% die Eigentherapie und die Selbsterfahrung an (vgl. S. 217).

In einer deutschen Studie, bei der die Neuapprobierten aus den Jahren 2009 und 2010 befragt wurden (Ruoss et al., 2012), waren die Werte der Zufriedenheit mit der beruflichen Situation leicht über dem Skalenmittelwert, aber im Allgemeinen nicht sehr hoch. Auffallend und hochsignifikant bestätigt werden konnte aber, dass die Selbstständigen deutlich zufriedener sind als die Angestellten. In Tabelle 1 sind die Aspekte, die zur Zufriedenheit bzw. zur Unzufriedenheit der beiden Gruppen beitragen, aufgelistet.

Tabelle 1: (Un-) Zufriedenheit von Neuapprobierten nach Ruoss et al. 2012

Art der Arbeit	Zufriedenheit	Unzufriedenheit
Selbstständige	<ul style="list-style-type: none">• Freiheiten in der Arbeitsgestaltung bei freier Zeiteinteilung• Anerkennung der Arbeit• Erfahrung von persönlicher Wirksamkeit	<ul style="list-style-type: none">• Schwierigkeiten bei der Gewinnung von Privatpatienten• Hoher bürokratischer Aufwand• Fehlender kollegialer Austausch• Schwierigkeiten, eine Kassenzulassung zu erhalten
Angestellte	<ul style="list-style-type: none">• Arbeit im Team• Sicherheit eines unbefristeten Arbeitsplatzes mit geregelten Sozialleistungen• Verbesserte Arbeitsbedingungen seit der Approbation	<ul style="list-style-type: none">• Schlechte Bezahlung• Fehlende Anerkennung der beruflichen Qualifikation• Geringe Aufstiegsmöglichkeiten• Bürokratischer Aufwand und organisatorische Aufgaben

Die Autoren Lups et al. (2012) sind der Meinung, dass eine hohe Arbeitszufriedenheit als Schutzfaktor gegen berufsbedingte Belastungen angesehen werden kann. Fühlt man sich bspw. von Team getragen und erfährt man genügend Anerkennung und persönliche Wirksamkeit, scheint es einfacher zu sein, mit den Belastungen umzugehen.

Brentrup (2002) hält fest, dass die Arbeitszufriedenheit auch von institutionellen Aspekten beeinflusst bzw. beeinträchtigt werden kann. Das können bürokratische Einschränkungen, mangelnde Unterstützung durch den Vorgesetzten oder das Team, Überforderung durch zu viele Klienten und fehlende Mitbestimmungsmöglichkeiten sein (vgl. S. 57).

Ein weiterer wichtiger Prädiktor für die Arbeitszufriedenheit ist nach Weiss (2009) die Berufserfahrung und die damit verbundene erweiterte Handlungskompetenz. Weiter führt der Autor an, dass durch die Selbsterfahrung aber auch durch die Supervision, die Professionalität der Fachkräfte gesichert wird. Norcross und Guy (2010) führen weiter aus, dass sich die Arbeitszufriedenheit von Berufsanfängern und erfahrenen Therapeuten unterscheidet. Die Zufriedenheit verändert sich mit zunehmender Berufserfahrung nachweislich ins Positive und erfahrene Therapeuten (besonders nach 10 Jahren Arbeitserfahrung) sind deutlich zufriedener (vgl. S. 42).

Eine grössere empirische Querschnittstudie in Deutschland (Reimer et al., 2005) hat gezeigt, dass die befragten psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit ihrer Arbeit im Grossen und Ganzen zufrieden sind (die ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten äusserten sich bezüglich Arbeitszufriedenheit im Vergleich dazu eindeutig weniger zufrieden). An ihrem Beruf gefallen ihnen am besten die Vielfäl-

tigkeit, der Patientenkontakt und die Selbstbestimmung (vgl. S. 109). Das eher geringe Einkommen, die Bürokratie und die Reglementierungen werden mehrheitlich als lästig angesehen (vgl. S. 109).

3.4 Ressourcen

Unter Ressourcen können Faktoren subsumiert werden, welche die soziale, die physische und die psychische Gesundheit eines Menschen fördern (Bremi, 2011). Petermann und Schmidt (2006) definieren Ressourcen als „aktuell verfügbare – also nicht anderwertig gebundene, nicht mehr oder noch nicht verfügbare – Potenziale, die die Entwicklung unterstützen“ (S. 119). Nach Steinemann (2005) gibt es Schutzfaktoren bzw. Ressourcen für psychische Gesundheit auf der individuellen Ebene und auf der Ebene der Umwelt. Ressourcen auf der individuellen Ebene sind bspw. Zuversicht, Selbstwirksamkeitsüberzeugungen und Widerstandsfähigkeit. Auf der Ebene der Umwelt sind es positive Beziehungen, soziale Unterstützung und ein psychisch gesundes Umfeld (vgl. S. 85). Nach Frank (2000) ist die eigene Reflexion bezüglich Ressourcen enorm wichtig, weil „eine systematische Ressourcenaktivierung bei Patienten“ besser gelingt „je mehr sich die Therapeuten an ihrer eigenen Person mit diesem Thema beschäftigt haben und noch beschäftigen“ (zit. nach Hoffmann & Hofmann, 2008, S. 11).

Kanfer (2012) hebt hervor, dass man sich nicht nur auf die negativen Auswirkungen konzentrieren sollte. Auch „das Kultivieren eigener positiver Seiten und Ressourcen sowie das Entdecken neuer eigener Stärken“ (S. 455), für die es im Alltag bereits viele Ansatzpunkte gibt, (bspw. Freizeitbeschäftigungen) sind wichtig. Das wirkt sich insofern positiv aus, als dass die Stärken der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten sich auch positiv auf die Therapie auswirken. Zudem sei dies hilfreich, da die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeuten es so nicht nötig findet „eigene persönliche Bedürfnisse innerhalb der Therapiesituation zu befriedigen, weil er dazu in seinem Privatleben bereits ausreichend in der Lage ist“ (S. 455).

In der Studie von Pross (2009), die schon im Kapitel 2.3 erwähnt wurde, nannten die befragten Personen als grösste Ressource ihre Familie und Kinder. Als entlastend wurden als zweitgrösste Ressource das „Stecken realistischer Ziele“ genannt. Auch das Dokumentieren/Forschen/Publizieren/Lehren hat einen grossen Stellenwert mit folgender Begründung:

„Das Reflektieren des eigenen Tuns verschafft Abstand und Befriedigung am Erreichten“ (S. 138). Auch Aus- und Weiterbildungen werden als Ressourcen angesehen, da dort unter anderem gelernt wird, die eigenen Grenzen besser einzuhalten. Auch das eigene Trauma als Antriebskraft, kulturelle Aktivitäten, Austausch unter Kollegen, Politisches Engagement/Öffentlichkeitsarbeit, Humor, Erfolgserlebnisse, Patientenarbeit, Sport/Natur, Auszeiten/Sabbatjahr/Ausstieg, Geselligkeit/Freunde, Reisen, Reframing statt Containing, Sinngebung/tradierte Lebensweisheiten sehen die Interviewten als wichtige Ressourcen an (S. 136ff).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das Wohlbefinden der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wichtig ist, einen Einfluss auf den Therapieerfolg haben kann und das Wohlbefinden unter anderem durch die Arbeitsbedingungen und die Arbeitszufriedenheit beeinflusst wird. Die Ressourcen sind insofern von Bedeutung, da sie sich ebenfalls auf die psychische Gesundheit der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auswirken.

4 Selbstfürsorge und Psychotherapie

In diesem Kapitel wird zuerst auf die geschichtliche Entwicklung der Psychohygiene bzw. Selbstfürsorge eingegangen und anschliessend werden einige Überlegungen zur Selbstfürsorge formuliert. Es folgt eine Darstellung, was in der Literatur alles unter allgemeinen Selbstfürsorgestrategien verstanden wird und was Selbstfürsorge im konkreten Moment der Therapiesituation bedeutet.

4.1 Geschichtliche Entwicklung der Selbstfürsorge

Das Thema der geistigen Hygiene findet zu Beginn des 20. Jahrhunderts in Amerika durch C. W. Beers seinen Ursprung. Dies vor allem dadurch, dass Beers „aus seinem eigenen Leiden Schlüsse aus den Einflüssen, die sich günstig oder ungünstig auf die seelische Gesundheit auswirken“ (Hoffmann & Hofmann, 2008, S. 13) zog. Seit 1950 beschäftigte sich auch H. Meng in Deutschland mit dem Thema der Selbstfürsorge, wobei es bei ihm vor allem um den seelischen Gesundheitsschutz als präventive Massnahme geht. Auch Antonovsky (1997) sei hier genannt, der das Thema mit dem Begriff „Salutogenese“ (wobei es um die Entstehung und die Erhaltung der Gesundheit geht) geprägt hat.

4.2 Definition und Überlegungen zur Selbstfürsorge

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, werden die Begriffe „Selbstfürsorge“ und „Psychohygiene“ in dieser Arbeit synonym verwendet. Trost (1999) versteht unter dem Begriff Psychohygiene „all die Einstellungen, Verhaltensweisen und Massnahmen, die ... im Sinne eines Erhalts der Arbeitsfähigkeit des psychiatrischen Helfers dienen“ (S. 405). Haubl (2012) hingegen versteht unter Selbstfürsorge die Kompetenz, mehr oder weniger effektiv für die eigene physische und psychische Gesundheit zu sorgen, ob im Privatleben oder im Berufsleben“ (S. 7). Meng (1959) wiederum definiert Psychohygiene „als Praxis und Lehre vom seelischen Gesundheitsschutz“ (S. 333). Reddemann (2005) definiert Selbstfürsorge als „liebvollen, wertschätzenden, achtsamen und mitfühlenden Umgang mit einem selber und das Ernstnehmen von eigenen Bedürfnissen“ (S. 565). Nach Reddemann bedarf die Selbstfürsorge zudem einer frühen Erfahrung mit ausreichender Selbstfürsorge und falls die nicht erfahren wurde „eines Trauerprozesses mit anschliessender Veränderung im Umgang mit sich selbst“ (S. 566).

Nach Hoffmann und Hofmann (2008) lässt sich „das gesamte psychotherapeutische Geschehen ... auf drei Ebenen beschreiben und analysieren (S. 14)“, wobei die Selbstfürsorge als dritte Ebene des psychotherapeutischen Handelns angesehen wird. Die erste betrifft die inhaltliche Ebene zwischen der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten und der Patientin bzw. dem Patienten (da werden Probleme bearbeitet und Informationen ausgetauscht). Die zweite Ebene betrifft die Beziehung zwischen der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten und der Patientin bzw. dem Patienten. Die Autoren gehen davon aus, dass „alles, was sich in der Therapie ereignet ... gleichzeitig sowohl konkrete inhaltliche Arbeit als auch Beziehungsarbeit (S. 14)“ ist. Mierke hingegen (1967) unterscheidet drei verschiedene Arten von Psychohygiene: die präventive, die vorbeugend und prophylaktisch ist, die restitutive, die eher als regenerierend und korrigierend verstanden wird und die kurative Psychohygiene, die eher heilend ist (vgl. S. 8).

Nach Norcross und Guy (2010) ist Selbstfürsorge von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten „eine entscheidende Voraussetzung dafür, dass sie Patienten versorgen können“ (S. 27). Nur wenn sie zu sich selbst Sorge tragen, sind sie auch in der Lage, anderen zu helfen. Trost (1999) geht sogar noch weiter und sagt, dass Psychohygiene „sowohl als Haltung wie auch als ein Massnahmekatalog zur Prophylaxe des Burnout-Syndroms und als Gegenimpuls zur beruflichen Deformation“ verstanden werden kann (S. 410). Verdrängen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ihre eigenen Probleme, kann das negative Auswirkungen auf das Berufsleben haben. Daher rät Sonnenmoser (2009) zu einer fortwährenden und aktiven Selbstfürsorge, „um die berufliche Leistungsfähigkeit zu erhalten, die Lebensqualität zu verbessern, und schädigende Einflüsse, Stress und Burnout zu verhindern“ (S. 308). Nach Iben (1975) haben sowohl das Gesellschaftsverständnis als auch das herrschende Menschenbild einen Einfluss auf die Psychohygiene. Er führt als Beispiel auf, dass die Mental-Health-Bewegung in Amerika nur in einigen Staaten Auswirkungen hatte und schliesst daraus, dass „ein unterschiedliches gesellschaftliches Selbstverständnis Psychohygiene begünstigt oder verdrängt“ (S. 106). Norcross und Guy (2007) sehen die Selbstfürsorge als ethische Notwendigkeit, als moralischen Imperativ, um als Psychotherapeutin oder Psychotherapeutin tätig zu sein. „Wenn wir nicht für uns selbst sorgen, können wir anderen nicht helfen und auch nicht Schaden von ihnen abwenden“ (S. 27).

Kanfer (2012) zählt folgende Möglichkeiten auf, um die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für ihre eigene Befindlichkeit zu sensibilisieren, damit bei Bedarf präventive psychohygienische Massnahmen eingesetzt werden können: „Entspannung, Stressbewältigung, Zeit-Management, Arbeitsorganisation, Problemlösen und Entscheiden, Selbstmanagement, verbale/nonverbale Kommunikation, soziale Kompetenz, körperliche Fitness und Gesundheitsprävention“ (S. 454).

4.3 Selbstfürsorgestrategien

Nach Fengler (2001) kann Psychohygiene als „Sammlung präventiver und kurativer Massnahmen gegen äussere und innere Belastungen und Schädigungen im Leben von Helferinnen und Helfern“ (S. 197) verstanden werden. Schröder (2006) subsumiert unter Psychohygiene „Massnahmen, die der Erhaltung und Förderung der seelischen Gesundheit sowie der Bewältigung von äusserem und innerem Stress dienen“ (S. 8). Werden diese Massnahmen längerfristig vernachlässigt, können sich laut dem Autor ernste psychische und psychosomatische Erkrankungen entwickeln. Nach Schröder (2006) ist neben regelmässigen Erholungsphasen und ausreichend Schlaf das Finden von Entspannung ein weiterer Aspekt der Psychohygiene. Die Entspannung als Gegenpol zur Anspannung, lässt sich subjektiv spüren und das nennt er das Wohlbefinden (S. 8). Auch Perry (2002) deutet an, dass Personen mit einem helfenden Beruf es oftmals als schwierig empfinden, nach der Arbeit abzuschalten. Daher rät er dazu, eine klare Grenze zwischen der Arbeit und der Freizeit zu ziehen, um die Kontrolle über das eigene Leben beizubehalten. Dies kann so geschehen, indem ausserberuflichen Aktivitäten für den Geist und den Körper nachgegangen wird, wie bspw. lesen, sportliche Betätigung und das Pflegen von Freundschaften. Ebenfalls wichtig sei es, eine positive Lebenseinstellung zu haben und von Supervisions- als auch Intervisionsangeboten Gebrauch zu machen (S. 1).

4.3.1 Allgemeine Selbstfürsorgestrategien

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind nach Hoffmann und Hofmann (2008) in ihrem Beruf oft mit „Leid, Schmerz und mit negativen Emotionen wie Angst, Trauer und Niedergeschlagenheit, Hilflosigkeit und Wut konfrontiert“ (S. 3). Daher ist es eminent wichtig, dass sie auch lernen, sich davor zu schützen und Bearbeitungsstrategien aufzubauen. Nach Hoffmann und Hofmann (2008) gibt es verschiedene Ziele, die die Selbstfürsorge bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erreichen soll. Zum einen wird die Ver-

hinderung übermässiger physischer und psychischer Beanspruchung durch starke negative Emotionen genannt. Zum anderen sollten arbeitsbedingten physischen und psychischen Erkrankungen vorgebeugt, der Umgang mit besonderen Belastungen verbessert werden, negative Rückwirkungen auf die Therapie und das soziale Gefüge vermieden werden und die Freude, das Interesse und die Neugierde stets erhalten bleiben (vgl. S. 16ff). Als Strategien der Selbstfürsorge nennt Reddemann (2005) den eigenen Körper wichtiger zu nehmen (durch Meditation, aber auch durch Bewegung), liebevolle Beziehungen, das Kreative und dass man sich in der Freizeit nur wenig mit Problematischem beschäftigen sollte (vgl. S. 566f).

Fengler (1997) meint, dass die Massnahmen zur Psychohygiene bzw. zur Selbstfürsorge auf verschiedenen Ebenen ansetzen sollten, da die berufsbezogenen Belastungen multifaktoriell zu verstehen sind. Unter Massnahmen fasst er bspw. folgende Tätigkeiten zusammen: Selbstbelohnung, Lektüre, soziale Unterstützung, Regulierung der Nähe und Supervision – um nur einige zu nennen (vgl. S. 92). Nebst klassischen Strategien und Methoden zur Selbstfürsorge sollte auch die Befriedigung elementarer körperlicher Bedürfnisse wie „ausreichend Schlaf, Ruhe, Ernährung, Bewegung und menschlicher Kontakt“ (Norcross & Guy, 2010, S. 95) nicht zu kurz kommen.

In der Studien von Lups et al. (2012) liessen sich folgende Strategien, die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Burnout-Prophylaxe betreiben, eruieren: Sportliche Aktivitäten, Lesen von Fachbüchern bzw. Artikeln, Entspannungstraining, Atemübungen und Meditation, Supervision und Intervision und Imaginations- und Distanzierungstechniken (vgl. S. 97).

Reddemann (2003) teilt die verschiedenen Strategien zur Psychohygiene in drei Bereiche ein. Der erste Bereich ist die „individuell persönliche Psychohygiene“, worunter bspw. ausgleichende Aktivitäten, genügend Schlaf, gute Ernährung, eine angenehme und eine schöne Umgebung am Arbeitsplatz verstanden werden. Der zweite Bereich mit Selbsterfahrung, Supervision, Intervision etc. nennt sie die „professionelle Psychohygiene“. Unter „soziale Psychohygiene“ versteht sie die kollegiale und die fachliche Unterstützung, das soziale Klima und die Netzwerke.

Es kann also festgehalten werden, dass aus verschiedenen Studien etliche Selbstfürsorgestrategien und -praktiken beschrieben und dargelegt werden. Der Aspekt der Freude an den Tätigkeiten sollte jedoch nicht vergessen gehen. Es geht nicht darum, ein Programm „ab-

zuarbeiten“, da etwas für die eigene Selbstfürsorge getan werden muss. Nach Reddemann (2003) hilft es viel mehr, wenn es einem gelingt, „sich selbst in einem Bereich mit Freude zu unterstützen“ (S. 84). Norcross und Guy (2010) weisen zudem darauf hin, dass es keine Strategie gibt, die als Wunder- und Heilmethode für Selbstfürsorge eingesetzt werden kann. Vielmehr ist es die Vielfalt der Strategien, die einem hilft, mit Belastungen umzugehen (vgl. S. 32).

4.3.2 Selbstfürsorgestrategien im Moment der Therapiesituation

Im vorangehenden Kapitel wurde dargelegt, dass sich in der Literatur zahlreiche Selbstfürsorgestrategien finden lassen. Viele Selbstfürsorgestrategien beziehen sich auf ausserberufliche Tätigkeiten. Nach Trost (1999) ist es aber auch wichtig, dass man in der alltäglichen Berufspraxis psychohygienische Massnahmen einbindet, die einem in schwierigen Momenten während der Therapiesituation helfen. Er spricht von imaginativen und körperbezogenen Strategien. Mit imaginativen Hilfsstrategien meint der Autor, dass man imaginativ aus sich heraus geht und sich sozusagen von aussen in der Interaktion beobachtet. Mit dem Fachbegriff ausgedrückt, nimmt man so die sogenannte dritte kommunikative Position ein (vgl. S. 418). Unter die körperbezogenen Hilfsstrategien subsumiert er folgende Aktivitäten: eine bewusste und zentrale Körperhaltung einnehmen, die eigene Position im Raum verändern, die Atmung bewusst wahrnehmen, einen räumlichen Abstand zum Gegenüber einnehmen, im Raum umhergehen und eine Pause vorschlagen (vgl. S. 418). Ebenso hilfreich sei, wenn zu Beginn die gegenseitigen Erwartungen und der Auftrag geklärt werden. „Wenn geklärt ist, *wer was von wem, wann und wie lange* [Hervorhebung im Original] möchte, lassen sich viele unnötige Stressoren ausschalten“ (S. 418).

Reddemann (2003) empfiehlt ebenfalls Imaginationstechniken, die einem in schwierigen Situationen während der Therapiesitzung helfen können. Dies geschieht, indem eine zeitliche oder räumliche Distanzierung imaginiert wird. Die Autorin hält auch die „konsequente Haltung des inneren wohlwollenden Beobachtens“ (S. 83) für eine wichtige Komponente in Bezug auf den Umgang mit schwierigen Situationen während der Therapiesitzung. Dadurch gelingt es einem, die eigenen Handlungsimpulse besser wahrzunehmen. Sie führt aus, dass man so ein Instrument zur Selbstfürsorge in belastenden Therapiesituationen hat.

Fengler (1997) berichtet von einer quantitativen Studie, die in den Jahren 1985/86 mit 96 britischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durchgeführt wurde, in der sie unter anderem danach gefragt wurden, über welche Bewältigungsstrategien sie verfügen, um mit schwierigen Situationen in der Einzeltherapie umzugehen. „Versuchen, das Problem aus einer anderen Perspektive zu sehen“, „das Problem mit einem Kollegen besprechen“ oder „für sich alleine überlegen, wie das Problem entstanden ist“, waren die am häufigsten genannten Strategien.

Es lässt sich festhalten, dass die Thematik der Psychohygiene bzw. Selbstfürsorge seit dem Beginn des 20. Jahrhundert von Interesse ist und stets an Bedeutung zugenommen hat. Da die beruflichen Belastungsquellen der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sehr unterschiedlich und vielfältig sind, weisen verschiedene Autoren auf die Wichtigkeit hin, dass die Menschen dieser Berufsgruppen über Bearbeitungs- bzw. Selbstfürsorgestrategien verfügen.

5 Leitfragen und Ziel der Arbeit

In diesem Kapitel werden kurz die wichtigsten Erkenntnisse aus dem Theorieteil zusammengefasst und die Leitfragen (Tabelle 2) für den empirischen Teil formuliert.

5.1 Zusammenfassung des Theorieteils

Es lässt sich zusammenfassend sagen, dass die berufsbezogenen Anforderungen an die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sehr vielfältig und hoch sind. Die Anforderungen können durch den emotionalen Aufwand der täglichen Begegnung mit seelischem und psychischem Leiden, durch die körperlichen Ermüdungserscheinungen, Belastungen aufgrund von Patientenverhalten, die hohen Anforderungen an die Persönlichkeit und Haltung und weitere Aspekte zustandekommen (Hoffmann & Hofmann, 2008; Jaeggi, 2001; Mahoney, 1991). Da die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in ihrem Beruf verschiedenen Belastungsquellen ausgesetzt sind, ist es wichtig, dass sie Bearbeitungsstrategien aufbauen. Daher raten verschiedene Autoren zu einer fortwährenden und aktiven Selbstfürsorge, um negativen Konsequenzen vorzubeugen (Fengler, 1997; Hoffmann & Hofmann, 2008). Weiter weisen verschiedene Autoren darauf hin (Reimer et al., 2005; Keller 2009), dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten stärker auf ihr eigenes psychisches Wohlergehen und Wohlbefinden achten sollten. Dabei spielen auch die Ressour-

cen und Schutzfaktoren eine wichtige Rolle, da sie die Gesundheit eines Menschen fördern können. Die Arbeitszufriedenheit wird ebenfalls als Schutzfaktor für berufsbedingte Belastungen angesehen (Lups et al., 2012) und unterscheidet sich laut den Autoren Norcross und Guy (2010) zwischen Berufsanfängerinnen und -anfänger und erfahrenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

5.2 Zusammenstellung der Leitfragen

Im empirischen Teil soll nun erörtert werden, wie zufrieden die für diese Arbeit befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit ihrem Beruf sind und von welchen Aspekten die Zufriedenheit sowohl positiv als auch negativ beeinflusst wird. Ein zweiter Fokus wird auf die Arbeitsbedingungen gerichtet, indem dargelegt wird, auf welche Aspekte die Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit zurückzuführen ist. Weiter wird ein Fokus auf das körperliche, seelische und psychische Wohlbefinden gelegt und versucht aufzuzeigen, wie die befragten Personen Selbstfürsorge betreiben und welche Bedeutung die Selbstfürsorge für die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten hat. Sie werden spezifisch nach Selbstfürsorgestrategien befragt, die sie allgemein, aber auch während und unmittelbar nach der konkreten Therapiesitzung anwenden. Ob die befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Strategien während und unmittelbar nach der Therapiesitzung als Selbstfürsorgestrategien oder als Teil ihres therapeutischen Werkzeugs ansehen, soll in dieser Arbeit weiter erörtert werden.

Tabelle 2: Übersicht der Leitfragen

1. Sind Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zufrieden mit ihrem Beruf? Wenn ja, was macht diese Zufriedenheit aus und wenn nein, welches sind die Faktoren der Unzufriedenheit?
2. Was machen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für ihre körperliche, seelische und psychische Gesundheit und welchen Stellenwert nimmt diese für sie ein?
3. Wie betreiben Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Selbstfürsorge und welche Bedeutung hat diese für sie?
4. Mit welchen Strategien meistern Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten schwierige Situationen während der Therapiesitzung (im konkreten Moment) und unmittelbar danach?

II. EMPIRISCHER TEIL

6 Methodisches Vorgehen

Das Kapitel zum methodischen Vorgehen ist so gegliedert, dass die Gütekriterien der qualitativen Forschung beschrieben und anschliessend die Datenerhebung und die Erstellung des Interviewleitfadens erörtert werden. Es folgen die Darlegung der Probandengewinnung, die Beschreibung der Stichprobe (mit einer Übersicht über alle Probanden), wichtige Informationen zur Durchführung und Aufbereitung der Interviews und zuletzt zur konkreten Auswertung der Daten.

6.1 Gütekriterien

Die Übertragbarkeit der klassischen Gütekriterien Reliabilität, Validität und Objektivität auf die inhaltsanalytische Forschung wird kritisch diskutiert (Mayring, 2008). Daher werden für die vorliegende Arbeit die spezifischen inhaltsanalytischen Gütekriterien „Verfahrensdokumentation“, „Argumentative Interpretationsabsicherung“, „Regelgeleitetheit“, „Nähe zum Gegenstand“, „Kommunikative Validierung“ und „Triangulation“ nach Mayring (2002) hinzugezogen. Mit Verfahrensdokumentation ist gemeint, dass der ganze Forschungsprozess genau dokumentiert wird, damit er verständlich und nachvollziehbar ist. Argumentative Interpretationsabsicherung bedeutet, dass die Interpretationen argumentativ begründet werden müssen und auch stets Alternativdeutungen aufgezeigt werden sollten. Mit Regelgeleitetheit ist gemeint, dass die Vorgehensweise (trotz der Offenheit gegenüber dem Gegenstand und der damit implizierten teilweise nötigen Modifikation), systematisch erfolgen muss. Die Nähe zum Gegenstand wird dadurch erreicht, in dem man „möglichst nahe an der Alltagswelt der beforschten Subjekte anknüpft“ (S. 146). Kommunikative Validierung meint, dass die Ergebnisse den Beforschten vorgelegt werden und mit ihnen darüber diskutiert werden kann. Den Zweck sieht Mayring darin, dass „wenn sich die Beforschten in den Analyseergebnissen und Interpretationen auch wieder finden ... das ein wichtiges Argument zur Absicherung der Ergebnisse“ (S. 147) sein kann. Triangulation schliesslich bedeutet das Einbeziehen verschiedener Datenquellen, unterschiedlicher Interpreten oder auch verschiedener Methoden als Ergänzung.

6.2 Datenerhebung

Aufgrund der Thematik wurde das problemzentrierte Interview gewählt. Ein Grundgedanke dieser Form ist, dass das Interview auf eine gewisse Problemstellung fokussiert ist, die Fragen aber mehr oder weniger offen bleiben, damit man die Interviewten, um deren subjektive Meinung es ja geht, frei und offen erzählen lassen kann. Vor allem wenn es um Erzählungen von Lebensgeschichten oder erlebten Begebenheiten geht, wird die Gesprächsführung durch das problemzentrierte Interview gefördert (Witzel, 2000). Die teilweise Standardisierung durch den Leitfaden erleichtert den Vergleich der Interviews untereinander (vgl. Mayring 2002, S. 70). Wenn während eines Interviews Aspekte sichtbar werden, die im Leitfaden nicht verzeichnet wurden, die für die Thematik jedoch interessant sind, werden spontan Ad-hoc-Fragen formuliert (Mayring, 2002).

6.3 Interviewleitfaden

Um das Grundprinzip der Offenheit zu erhalten und den Leitfaden dennoch zu strukturieren, wird dieser nach den Prinzipien von Helfferich (2009) erstellt. Hierbei wird der Leitfaden anhand der vier Schritte „Sammeln“, „Prüfen“, „Sortieren“ und „Subsumieren“ verfasst (vgl. S. 182ff). Im ersten Schritt werden alle Fragen gesammelt, die interessieren, noch ohne zu überlegen, ob sie sich auch wirklich eignen. Im zweiten Schritt werden die gesammelten Fragen reduziert, indem sie anhand der Aspekte des Vorwissens und der Offenheit geprüft werden. Im dritten Schritt geht es ums Sortieren der Fragen. Dies kann sowohl anhand einer zeitlichen Abfolge, als auch, wie in vorliegender Arbeit, nach inhaltlichen Aspekten geschehen (vgl. S. 185). Um festzustellen, ob die Fragen klar und deutlich formuliert sind, erfolgte zuerst ein Probeinterview mit einer Psychotherapeutin, die den Kriterien der Stichprobenauswahl entspricht. Danach wurde der Leitfaden leicht verändert und angepasst. Der vollständige Interviewleitfaden ist im Anhang (B) zu finden.

6.4 Probandengewinnung und Beschreibung der Stichprobe

Die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner wurden durch das Anschreiben verschiedener Berufsverbände rekrutiert (das Schreiben für die Stichprobengewinnung ist im Anhang A ersichtlich). Folgende Verbände wurden per E-Mail angeschrieben: SBAP (Schweizerischer Berufsverband angewandter Psychologen) und von den Teilverbänden des FSP (Föderation Schweizer Psychologen) der VSP (Verband der Solothurner Psychologinnen und Psychologen). Zusätzlich wurde die Systemis (Schweizer Vereinigung für Systemische

Therapie und Beratung) angeschrieben, da sich bis anhin noch keine Person mit einer systemischen Therapieausbildung gemeldet hatte. Von den Gliedverbänden des FSP wurde der ZüPP (Kantonalverband der Zürcher Psychologinnen und Psychologen), der VPB (Verband Berner Psychologinnen und Psychologen) und die GedaP (Gesellschaft delegiert arbeitender Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) angefragt. Die Anfrage wurde später aber wieder zurückgezogen, da sich bereits genügend Interviewpartnerinnen und -partner zur Verfügung gestellt haben.

Für das Interview wurden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit abgeschlossener Therapieausbildung (Verhaltenstherapie, Psychoanalyse, Gesprächstherapie, Systemische Therapie, Körperpsychotherapie und andere humanistische Richtungen) gesucht, die einen Master (Lizentiat oder ein Diplom) in Psychologie (FH oder Uni), mindestens 5 und maximal 15 Jahre Berufserfahrung im ambulanten Setting oder in der freien Praxis (delegiert oder selbstständig) haben und zur Zeit mindestens zu 60% arbeiten. Es wurden keine Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befragt, die im stationären Bereich tätig sind, da es sein könnte, dass sie durch die Einbindung in ein Team die Belastungen ihres Berufs anders erleben oder andere Aspekte als belastend wahrnehmen. Dies gilt ebenso für die Psychiaterinnen und Psychiater. Sowohl Berufsanfängerinnen und Berufsanfänger als auch langjährig Erfahrene werden nicht miteinbezogen, da die Berufserfahrung möglicherweise einen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit und die verschiedenen Selbstfürsorgestrategien hat.

Es haben sich im Zeitraum zwischen Juni und Oktober 21 Personen für ein Interview zur Verfügung gestellt. Bei fünf Personen hat sich bei der Kontaktaufnahme herausgestellt, dass sie über mehr als 15 Jahre Berufserfahrung verfügen. Einigen musste zudem abgesagt werden, da sich bereits genügend Personen als Interviewpartner gemeldet haben und die Termine für die Interviews bereits vereinbart waren. Bei einer Person hat sich erst während dem Interview herausgestellt, dass sie eher im Bereich der Beratung und des Coachings und nicht therapeutisch tätig ist. Daher wurde im Nachhinein mit einer weiteren Psychotherapeutin ein Interview durchgeführt und die Ergebnisse der anderen Person von der Untersuchung ausgeschlossen. In Tabelle 3 ist die Stichprobe dargestellt. Aufgrund der Anonymisierung werden nur die Interviewnummer, das Geschlecht, die Altersspanne, die Anstellungsart, die Stellenprozente, die Psychotherapieausbildung und die Dauer der Berufstätigkeit in Jahren aufgeführt.

Tabelle 3: Stichprobe

Nr.	Geschlecht	Alter	Anstellungsart	Stellenprozent	Psychotherapieausbildung	Dauer Berufstätigkeit
1	w	40-44	Angestellt	70	Personenzentrierte Psychotherapie	10
2	w	55-59	Delegiert	60	Personenzentrierte Psychotherapie	6
3	w	50-54	Delegiert (10%) Selbstständig (90%)	100	Systemische Psychotherapie	13
4	m	45-49	Delegiert (75%) Selbstständig (15%)	90	Psychoanalyse	13
5	w	50-54	Delegiert	70	Körperzentrierte Psychotherapie	15
6	w	60-64	Delegiert (20%) Selbstständig (40%)	60	Gestalttherapie	11
7	w	50-54	Selbstständig	80	Personenzentrierte Psychotherapie	12
8	m	40-44	Delegiert	100	Verhaltenstherapie	11
9	w	60-64	Delegiert (60%) Selbstständig (5%)	65	Psychoanalyse	9
10	w	55-59	Delegiert (50%) / Selbstständig (50%)	100	Psychoanalyse	12

6.5 Durchführung der Interviews und Aufbereitung der Daten

Die Termine für die Durchführung der Interviews wurden telefonisch vereinbart. Sie fanden entweder bei den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu Hause oder in ihren Praxen statt. Ebenfalls angeboten wurde, dass die Interviews in den Räumlichkeiten der ZHAW stattfinden könnten, aber von diesem Angebot wurde keinen Gebrauch gemacht. Zu Beginn des Interviews wurden die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf die Schweigepflicht der Verfasserin hingewiesen. Des Weiteren wurden sie darauf aufmerksam gemacht, dass die Interviews digital aufgezeichnet und wörtlich transkribiert werden. Die Audiodateien wurden nach der Transkription gelöscht und die vollständig anonymisierten Transkripte werden gemäss den Vorgaben der Hochschule während 5 Jahren von der Verfasserin aufbewahrt.

Die Interviewpartner wurden zudem darüber informiert, dass ihre Kontaktdaten nach der Verteidigung der Masterarbeit im Dezember gelöscht werden. Ferner wurde ihnen eine Einwilligungserklärung zur Unterschrift vorgelegt, die in Anlehnung an Helfferich (2009) erstellt wurde (siehe Anhang C). Darin erklären sie sich bereit, dass die generierten Daten

für vorliegende Arbeit verwendet werden dürfen und dass einzelne Sätze aus den Interviews zur Veranschaulichung in die Arbeit einfließen dürfen. Die Einwilligungserklärungen werden in einem gesonderten Ordner an einem Ort, der nur der Verfasserin zugänglich ist, zwecks Datenschutz aufbewahrt. Weiter wurden die Befragten über die Möglichkeit informiert, die Interviews nach der Transkription gegenzulesen (von diesem Angebot hat eine Person Gebrauch gemacht) und dass ihnen die Ergebnisse der Untersuchung auf Wunsch im pdf-Format zugestellt werden. Die Interviews dauerten zwischen 35 und 75 Minuten und wurden, wie bereits beschrieben, digital aufgezeichnet und mithilfe der Transkriptionssoftware „f4“ wörtlich transkribiert (die Transkriptionsregeln sind im Anhang D abgedruckt).

6.6 Datenauswertung

Die Auswertung der Daten erfolgte anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2002). Dabei geht es um eine systematische Analyse, indem das gewonnene Datenmaterial „schrittweise mit theoriegeleitet am Material entwickelten Kategoriensystemen bearbeitet“ wird (S. 114). Es gibt drei Grundformen der Inhaltsanalyse, wobei für die vorliegende Arbeit die strukturierende qualitative Inhaltsanalyse gewählt wurde. Dabei geht es darum, nach vorher festgelegten Kriterien einen Querschnitt durch alle Interviews abzubilden. Nach Mayring (2008) kann die Strukturierende Inhaltsanalyse die formale, die typisierende, die skalierende oder die inhaltliche Strukturierung zum Ziel haben. Da es in vorliegender Arbeit darum geht, „Material zu bestimmten Themen, zu bestimmten Inhaltsbereichen“ (S. 85) herauszufiltern und zusammenzufassen, wurde daher eine inhaltliche Strukturierung vorgenommen. Anhand der Theorie wurde ein Kategoriensystem deduktiv aufgestellt und definiert, welche Textstellen welchen Kategorien zugeordnet werden sollen. Weiter wurden Kodierregeln formuliert, damit eine eindeutige Zuordnung zu den Kategorien möglich ist (siehe Kodierleitfaden im Anhang E). Anschliessend wurden Subkategorien gebildet und Ankerbeispiele gesucht, die prototypisch für die Subkategorie gelten. Die Zuordnung der Textstellen zu den Kategorien erfolgte mithilfe des Softwaretools MaxQda. Mit drei verschiedenen Interviews wurde der Kodierleitfaden überprüft und darauf geachtet, ob die Kategorien überhaupt „greifen“ und eine eindeutige Zuordnung möglich ist. Dieser Probelauf führte zu einer teilweisen Überarbeitung des Kodierleitfadens und so wurden die Kategorien induktiv ergänzt oder differenziert. In einem weiteren Schritt wurden von einer Mitstudentin zwei weitere Interviews mithilfe des Kodierleitfadens ausgewertet und ein

paar wenige Präzisierungen vorgenommen. Anschliessend wurde das extrahierte Material zuerst pro Hauptkategorie, dann pro Kategorie zusammengefasst und mit einigen Beispielen aus den Interviews unterlegt (Kapitel 7).

7 Darstellung der Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt so, dass die Hauptkategorien „Arbeitszufriedenheit (A)“, „Wohlbefinden, Ressourcen und Gesundheit (B)“, „Allgemeine Selbstfürsorge (C)“ und „Selbstfürsorge während Therapiesitzung (D)“ einzeln dargestellt und anhand der entsprechenden Kategorien erklärt werden. Im Folgenden wird jede Kategorie pro Hauptkategorie einzeln dargestellt. Zudem werden ausgewählte Aussagen der Probanden zur Illustration beigezogen. Die wörtlichen Zitate sind jeweils in kursiver Schrift gedruckt (Px = Aussagen der Befragten Person x). Das anhand der Theorie deduktiv erstellte und induktiv ergänzte Kategoriensystem ist in Tabelle 4 ersichtlich.

Tabelle 4: Kategoriensystem

	Hauptkategorien	Kategorien	Kat.-Nr.
A	Arbeitszufriedenheit	Freude am Beruf	A1
		„Nährendes“ im Beruf	A2
		Allgemeine Zufriedenheit mit Beruf	A3
		Zufriedenheit mit Arbeitsbedingungen	A4
		Veränderungen der Arbeitsbedingungen	A5
		Veränderbarkeit der Arbeitsbedingungen	A6
		Optimale Arbeitsbedingungen	A7
		Empfinden von Wertschätzung	A8
		Erwartungen	A9
B	Wohlbefinden, Ressourcen und Gesundheit	Stellenwert Wohlbefinden	B1
		Tätigkeiten für psychisches, körperliches und seelisches Wohlbefinden	B2
		Persönliche Ressourcen	B3
		Abschalten nach der Arbeit	B4
		Weitere Faktoren, die zur Gesundheit beitragen	B5
C	Allgemeine Selbstfürsorge	Definition	C1
		Allgemeine Selbstfürsorgestrategien	C2
		Veränderung der Selbstfürsorgestrategien	C3
		Übereinstimmung von Selbstfürsorgestrategiekonzepten	C4
		Wichtigkeit der Selbstfürsorge im Beruf	C5
		Selbstfürsorge als Burnout-Prävention	C6
		Stellenwert Selbstfürsorge im Studium	C7
		Stellenwert Selbstfürsorge in der Weiterbildung	C8
		Wunsch nach Thematisierung	C9
		Auswirkung von Zeitmangel	C10
D	Selbstfürsorge während Therapiesitzung	Thema während Therapie	D1
		Schwierige Situationen	D2

	Selbstfürsorgestrategien während Therapiesitzung	D3
	Selbstfürsorgestrategien unmittelbar nach Therapiesitzung	D4
	Therapeutisches Werkzeug versus Selbstfürsorge	D5

Ergänzend zu den offenen Fragen im Interviewleitfaden wurden die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gebeten, zu vier Fragen einen Einschätzungswert auf einer Skala von 1 bis 10 vorzunehmen (Tabelle 5). Anschliessend wurden sie gebeten, ihre Einschätzungen zu erläutern. Es muss jedoch festgehalten werden, dass diese Skala nicht absolut ist und nicht den Kriterien quantitativer Forschung entspricht und ausschliesslich für die Diskussion beigezogen wird.

Tabelle 5: Einschätzung auf einer Skala von 1 bis 10

Nr. Interview	Arbeitszufriedenheit	Zufriedenheit mit Arbeitsbedingungen	Stellenwert Wohlbefinden	Stellenwert Selbstfürsorge
1	8	7	9	10
2	9	4	9	8
3	10	7	10	10
4	10	2	8	8
5	7	6	10	10
6	9	5	9	7
7	10	9	9	10
8	9	5	8	8
9	10	6	9	10
10	10	8	10	10
Durchschnitt	92 = 9.2	59 = 5.9	91 = 9.1	91 = 9.1

7.1 Arbeitszufriedenheit (A)

Die Hauptkategorie „Arbeitszufriedenheit“ (A) wird in die Kategorien „Freude am Beruf“ (A1), „Nährendes im Beruf“ (A2), „Allgemeine Zufriedenheit mit Beruf“ (A3), „Zufriedenheit mit Arbeitsbedingungen“ (A4), „Veränderungen der Arbeitsbedingungen“ (A5), „Veränderbarkeit der Arbeitsbedingungen“ (A6), „Optimale Arbeitsbedingungen“ (A7), „Empfinden von Wertschätzung“ (A8) und „Erwartungen“ (A9) eingeteilt.

7.1.1 Freude am Beruf (A1)

Auf die Frage, was den befragten Personen an ihrem Beruf Freude bereite, nannten vier Personen das „in Kontakt sein“ oder das Im-Kontakt-Stehen mit ihren Patientinnen und Patienten. Es freue sie, diese Menschen mit allen Schwierigkeiten, aber auch mit allen Ressourcen kennenzulernen. Eine Person führt weiter aus, dass sie daraus auch viel für sich selber gewinnen könne und es sie persönlich weiterbringe. Die Veränderungen bei den Menschen zu erleben bereitet ebenfalls zwei Befragten Freude.

P5: Das Erleben von, im guten Fall, positiven Veränderungen, dass Menschen mehr wieder das Gefühl haben, dass sie - sie können ihr Leben so leben wie sie es sich eigentlich wünschen.

Mehr als die Hälfte der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten konkretisieren dies, indem sie sagen, dass es nicht „nur“ das Wahrnehmen von Veränderungen sei, sondern dass ihnen das Begleiten von Entwicklungsprozessen Freude bereite. In dem sie Menschen über einen längeren Zeitraum begleiten, ihnen Unterstützung und Sicherheit geben, könne gemeinsam etwas entwickelt werden. Es bereite ihnen ebenfalls Freude, wenn sie sehen, dass die Menschen, die zu ihnen kommen, wieder fähig sind, ihre Ressourcen zu gebrauchen und weitere zu entwickeln. Ebenfalls Freude bereitet vier Personen die Verschiedenartigkeit, der sie in ihrem beruflichen Kontext begegnen. Die Verschiedenartigkeit betrifft sowohl die Menschen, als auch die unterschiedlichen Geschichten, mit denen sie konfrontiert werden und in die sie immer wieder von Neuem eintauchen können. Eine Person präzisiert ihre Aussage, indem sie sagt, dass es auch nie vorhersehbar sei, was passiere und dass das auch nicht durch die zunehmende Berufserfahrung möglich sei.

P9: Viele verschiedene Menschen kennenzulernen und ihre Lebensläufe, also Lebensgeschichten, das finde ich etwas sehr Spannendes und.. also ich sage, als Kind und Jugendliche habe ich viel gelesen und jetzt vernehme ich Geschichten von den Menschen.. das ist das, was mir eigentlich am meisten Freude macht.. und seien das jetzt traurige oder schwierige Geschichten.

Zwei weitere Aussagen betreffen eher die externen Faktoren. So meinte eine Person, dass die Arbeit ihr Freude bereite, weil sie ihre Arbeitsbedingungen als ideal einschätze. Eine weitere Person äusserte sich dahingehend, dass ihr die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und Fachkräften Freude bereite.

7.1.2 „Nährendes“ im Beruf (A2)

Die Hälfte der befragten Personen empfindet die Beziehung, die sie zu ihren Klientinnen und Klienten haben, als nährend. Sie bezeichnen sie als Arbeitsbeziehung, als professionelles Beziehungsgeschehen oder auch als therapeutische Beziehung. Als nährend in der Beziehung an sich, empfinden sie den Dialog und die Entwicklung, die in der Beziehung geschieht. Eine Person präzisiert, dass sich im Laufe der Dauer der Therapie eine Art Begegnung entwickle, die als sehr bereichernd empfunden wird.

P2: Es gibt ja die therapeutische Beziehung.. die entwickelt sich ja auch im Laufe der Dauer der Therapie.. und dort wie zu merken, da passiert etwas, da entsteht wie eine Art Begegnung.. immer mal wieder, das ist nicht ständig, aber da gibt es immer mal wieder etwas was man Begegnung nennen kann und das finde ich etwas sehr Bereicherndes.

Zwei Personen führen weiter aus, dass die Beziehung etwas Reziprokes hat und sie sich durch die Beziehung auch selber weiterentwickeln und sehr viel zurückbekommen.

P6: (...) und gleichzeitig auch zu merken, dass das mit Beziehung zu tun hat, also wirklich ein professionelles Beziehungsgeschehen ist, wo mir aber selber auch wieder viel gibt.. da ist meine Entwicklung auch mitbetroffen.

Weiter als nährend bezeichnen drei Personen die Veränderung, die aufgrund der Therapie passiert. Die Veränderung geschieht einerseits dadurch, dass es jemand schafft, aus der Krise heraus einen Weg in die eigene Selbstwirksamkeit und in die eigenen Ressourcen zu finden und andererseits dadurch, dass Entwicklungsprozesse, die stagniert oder blockiert sind, wieder in Gang gesetzt werden können.

P5: Also nährend ist schon.. zum Beispiel Erlebnisse und Erfahrungen von wirklich tiefer Veränderungen im Mensch, oder eben auch wirklich zu merken, dass jemand es wieder schafft, aus der Krise heraus einen Weg in die Selbstwirksamkeit und Ressourcen zu finden.

Zwei Personen empfinden es als nährend, dass sie die Arbeit, die sie ausführen als sinnvoll betrachten, da es den Klientinnen und Klienten nach der Therapie meistens besser gehe.

P3: Und, dass ich wirklich das Gefühl habe, dass es sinnvoll ist.. dass es den Leuten meistens besser geht... also halt unterschiedlich mit unterschiedlichen Fragestellungen und so.

Eine andere Person sieht es als nährend an, weil sie das Gefühl hat, dass die Leute, die zu ihr kommen motiviert sind und arbeiten wollen.

P7: Es nährt mich, dass ich das Gefühl habe, das tönt jetzt ein bisschen komisch, aber ich habe das Gefühl, dass zu mir vor allem supergute Leute kommen, also Leute, die wollen und motiviert sind und arbeiten wollen.

7.1.3 Allgemeine Zufriedenheit mit Beruf (A3)

Sehr auffallend war, dass sich alle Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten äusserst positiv über die allgemeine Zufriedenheit mit ihrem Beruf (also ohne die Arbeitsbedingungen einzubeziehen) geäussert haben. Nur eine von zehn befragten Personen sagte, dass sie früher zufriedener war und sie sich zurzeit eher in einer Krise befinde. Sie stelle sich selber die Frage, ob das auf die Dauer der Arbeitstätigkeit oder eher auf ihr Alter zurückzuführen sei (dies dahingehend, dass es ihr von den noch zu leistenden Jahren bis zur Pensionierung eigentlich gar nicht mehr möglich sei, einen neuen Berufsweg einzuschlagen). Eine Person berichtet über genau die umgekehrte Erfahrung: Für sie hat vor allem die Berufserfahrung zu ihrer Zufriedenheit beigetragen.

P1: (...) ich glaube, in diesem Beruf macht die Berufserfahrung wirklich viel aus.. das gibt einem einfach mehr Gelassenheit und man hat dann einfach mehr Erfahrung mit schwierigen Situationen, wo man weiss, da geht jetzt nicht die Welt unter, das regelt sich dann wahrscheinlich schon wieder.

Eine Person äussert sich eher ambivalent über ihre Arbeitszufriedenheit. Sie sei zufrieden, weil sie so viel arbeiten kann. Negativ wirke es sich aber darauf aus, dass sie zu wenig Zeit habe, allen ihren anderen Interessen nachzugehen. Sie müsste sich anders organisieren, um zu einem Gleichgewicht zu kommen. Das sei aber zurzeit nicht möglich, da sie jetzt einfach an ihre Altersvorsorge denken müsse und auf das Finanzielle angewiesen sei. Die Hälfte der befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nennt die Sinnhaftigkeit als positiven Einflussfaktor auf ihre Arbeitszufriedenheit. Die eigene Arbeit wird als sinnvoll, sinngebend und bedeutungsvoll beschrieben.

P3: Ja, ich glaube schon.. also dass ich einfach das Gefühl habe, dass ich etwas Sinnvolles mache, also etwas, das Sinn macht.

Vier Mal genannt wurde die Vielfältigkeit, die zur Arbeitszufriedenheit beitrage womit die Vielfältigkeit der Menschen mit ihren unterschiedlichen Lebensgeschichten gemeint ist. Zwei Personen führen aus, dass sie ihren Beruf als Berufung ansehen. Sie sind darum zufrieden, weil sie genau das machen können, zu dem sie sich berufen fühlen. Eine Person erläutert dies, indem sie sagt, dass in ihrer Kindheit die Psychologie oder die Psychothera-

pie eher mit etwas Schamhaftem konnotiert wurde. Durch eigene Therapieerfahrung konnte sie dies widerlegen und das war dann schlussendlich ausschlaggebend dafür, dass sie diesen Beruf gewählt habe.

7.1.4 Zufriedenheit mit Arbeitsbedingungen (A4)

Im Gegensatz zu den vorangehenden Kategorien waren die Antworten zum Thema „Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen“ allesamt sehr lang und ausführlich. Die Bedingungen werden als nicht sehr zufriedenstellend beschrieben. Die grösste Übereinstimmung erlangten die befragten Personen mit der Aussage, dass sie unzufrieden mit dem finanziellen Aspekt ihrer Arbeit seien. Die Mehrzahl der befragten Personen äusserte sich dahingehend, dass ihr Ansatz relativ tief sei, sie viel für das Geld arbeiten und der Lohn im Vergleich zu anderen Berufsgruppen deutlich geringer ausfalle. Eine Person erwähnte auch die sehr teure Ausbildung, die unter dem finanziellen Aspekt gesehen eine Unzufriedenheit auslöse.

P3: Ich finde immer noch, dass unser Ansatz relativ tief ist, also wir arbeiten viel fürs Geld - wenn man das mit einem Arzt vergleicht, wo ja dasselbe macht.. und ich finde, wir haben eine sehr teure Ausbildung.

Zwei Personen sprechen sogar davon, dass ihr Einkommen nicht existenzsichernd sei.

P6: Ja, dass es noch nicht Erwerbs - also vom Einkommen her ist es für mich nicht existenzsichernd mit Aufwand und Ausgaben.

Ebenfalls zwei Personen schildern Schwierigkeiten, zu Klientinnen und Klienten zu kommen. Wobei hier angemerkt werden muss, dass sich diese Schwierigkeiten auf die Arbeit als selbstständig Erwerbende beziehen. Von zwei Personen wurden das Team, die vorgesetzte Person und die Zusammenarbeit mit der Psychiaterin bzw. dem Psychiater als wichtige Einflussfaktoren auf ihre Arbeitszufriedenheit genannt. Dies dahingehend, dass sie sich von ihnen unterstützt und getragen fühlen und sie den Austausch schätzen. Eine Person erwähnte, dass die vielen administrativen Arbeiten, wie bspw. das Schreiben von Berichten und Gutachten ihre Arbeitszufriedenheit einschränke. Ihr sei zu Beginn ihrer Arbeit gar nicht bewusst gewesen, welche administrativen Arbeiten alle auf sie zukommen und mit welchem zeitlichen Umfang diese zusammenhängen. Ebenfalls als einschränkend erlebt sei die teilweise unerfreuliche Zusammenarbeit mit den sozialen Institutionen, vor allem mit der Invalidenversicherung. Eine Person sagte deutlich, dass auch wenn man sich

privat ein möglichst gutes Leben gestalten, sich ein schlechter Arbeitsplatz dadurch trotzdem nicht kompensieren liesse.

7.1.5 Veränderungen der Arbeitsbedingungen (A5)

In dieser Kategorie fallen die gegebenen Antworten sehr heterogen aus. Die grösste Übereinstimmung (drei Nennungen), , war die Aussage, dass sie keine Veränderungen der Arbeitsbedingungen wahrgenommen haben. Bei einer Person ist das auf die empfundene Wertschätzung zurückzuführen (siehe unter Kapitel 7.1.8). Zwei weitere Personen sagen, dass sich die Arbeitsbedingungen durch einen Stellenwechsel verändert haben.

P6: (...) da war ich nicht selbstständig tätig, sondern da habe ich in einer Institution gearbeitet und das war etwas ganz anderes.. weil das gibt eine Sicherheit, also einen Rahmen wo.. wo... sehr viel ermöglicht.

Zwei weitere Personen sind der Meinung, dass sich die Arbeitsbedingungen verschlechtert haben, da der Kostendruck zugenommen habe. Dies wirke sich negativ auf das vernetzte Arbeiten und die Zusammenarbeit untereinander aus. Aber auch auf die Arbeit mit den Patientinnen und Patienten hätten die Rationierungen negative Auswirkungen.

P4: (...) jeder Fussballtrainer weiss besser Bescheid über die psychische Konstitution und die Konflikte.. ein Psychotherapeut kann ein Mal pro Woche - also ich meine, das ist dann mehr so eine Beratung.. im engeren Sinne therapeutisch wirklich an einem Konflikt zu arbeiten und dass dieser dann auch hier in die Praxis käme, im Sinne von einer Übertragung oder.. das sehe ich bei den niederfrequenten Behandlungen sehr sehr erschwert.

Zwei Personen nehmen eine Veränderung des Tarmed-Ansatzes wahr, wobei sie diesen nicht gleich einschätzen. Eine Person sieht ihren Ansatz dadurch tiefer und eine andere Person sieht es als Erhöhung an.

P3: Nein.. also nein, unser Ansatz ist durch den Tarmed eigentlich noch etwas tiefer.

P5: Ja, also es hat einmal mit der Einführung des Tarmed eine Erhöhung von unserem Tarif gegeben, der sich so ein bisschen einem Ansatz annähert, der eigentlich gerechtfertigt ist für Psychotherapeutinnen.

Eine Person führt die veränderten Arbeitsbedingungen auf die geänderten Strukturen ihrer Institution zurück, indem sie immer mehr Patientinnen und Patienten erhalten. Wiederum eine Person berichtet von positiven Veränderungen, da sie mehr Anfragen habe. Sie führt

dies darauf zurück, dass sie bekannter geworden sei. Das Positive sei, dass sie zuversichtlicher geworden sei und nicht gleich Angst haben müsse, wenn es mal vorkomme, dass sie weniger Anfragen habe.

P10: Ja (...) weil ich bekannter geworden bin, weil ich mehr Anfragen habe.. haben sie sich natürlich auch verbessert, weil ich keine Angst haben muss, wenn ich jetzt vielleicht einfach ein bisschen viel weniger Leute habe.

7.1.6 Veränderbarkeit der Arbeitsbedingungen (A6)

Die befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sehen unterschiedliche Möglichkeiten um ihre Arbeitsbedingungen zu verändern. Eine Person berichtet davon, dass sie das Gefühl hat, dass sie viel Mitspracherecht hat und ihre vorgesetzte Person stets ein offenes Ohr für ihre Vorschläge und Idee hat. Die Entscheide, die gefällt werden, entstehen durch ein gemeinsames Diskutieren und Verhandeln. Zwei weitere Personen wiederum sagen, dass sich die Arbeitsbedingungen durch sie nicht verändern lassen und sie daher nur ihre Einstellung dem gegenüber verändern können. Dies geschieht dahingehend, dass sie versuchen konstruktiv in die Zusammenarbeit mit den verschiedenen Institutionen oder Personen hineinzugehen. Als eine Möglichkeit, Einfluss auf die Arbeitsbedingungen zu nehmen, wird von zwei Personen auch das berufspolitische Engagement genannt. Eine Person sagte, dass die Chancen, politisch etwas zu machen eher begrenzt seien, man aber eine Irritation schaffen könne. Die andere Person nannte als Grund für ihr politisches Engagement, dass sie die Arbeitsbedingungen nicht einfach hinnehmen möchte und sich deshalb an einem Ort engagiere, wo es ihr möglich sei, gewisse Sachen zu beeinflussen.

P8: Ja, das war dann auch der Grund, dass ich mich entschlossen habe, noch etwas Berufspolitik zu machen, also quasi um das nicht einfach so in mich hineinzufressen und die Faust im Sack zu machen.

Drei Personen sagten, sie können die Arbeitsbedingungen verändern, in dem sie ihre eigenen Bedingungen ändern. So berichtet eine Person, dass sie ihre Arbeitsbedingungen bewusst vereinfacht habe, indem sie ganz in die Selbstständigkeit gegangen sei. Dadurch habe sie bewusst Stress reduziert und mehr Raum für sich selber erlangt. Auch eine andere Person sieht dies als eine Möglichkeit, merkt aber gleichwohl an, dass ihr das finanzielle Risiko zu hoch sei.

P5: (...) ich könnte es verändern indem ich sagen würde, dass ich aufhöre delegiert zu arbeiten, ich arbeite nur noch freischaffend.. das ist aber in gewissen Regionen der Schweiz sehr schwierig..

weil einfach je nach ökonomischen Bedingungen von einer Population.. ist es einfach ganz schwierig als Selbstständige finanziell... ein genügendes und gesichertes Einkommen zu generieren.

In der Beharrlichkeit, nicht aufzugeben sehen zwei Personen Änderungsmöglichkeiten. Dies sei aber zeitintensiv und koste viel Anstrengung.

7.1.7 Optimale Arbeitsbedingungen (A7)

Auffallend und offenbar ein grosses Anliegen der Befragten war, dass die Mehrzahl sich wünscht, dass ihre Leistungen in die Grundversicherung der Krankenkassen aufgenommen werden. Damit verbunden sei die Zunahme an Autonomie, da sie somit nicht mehr von den Psychiatern abhängig wären.

P5: Dass wir in der Grundversicherung der Krankenkasse aufgenommen werden sollten, ähnlich wie Physiotherapeuten oder Ergotherapeuten.

P9: Da würde ich wünschen, was jetzt politische vielleicht langsam auf dem Weg ist, nämlich, dass wir als Psychotherapeuten mit einer Praxisbewilligung, die dann ja auch irgendwann mal eidgenössisch wird.. selbstständig mit der Kasse abrechnen könnten.

Zu betonen ist, dass die Hälfte, die sich das wünscht, die Zusammenarbeit mit den Psychiatern an sich nicht in Frage stellt. Es geht ihnen aber darum, dass das mehr auf Augenhöhe geschieht und keine Abhängigkeit mehr da ist. Neben der grossen Übereinstimmung zur Aufnahme in die Grundversorgung, gab es noch fünf weitere Einzelaussagen. So wünscht sich eine Person weniger administrativen Aufwand, eine andere mehr räumlichen Platz und ein langsames Tempo bzw. mehr Zeit für die therapeutische Arbeit an sich. Eine Person wünscht sich, noch mehr im Team zusammenzuarbeiten und mehr Austausch zu haben und eine weitere, dass sie weniger arbeiten müsste.

7.1.8 Empfinden von Wertschätzung (A8)

Alle zehn befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sagten übereinstimmend, dass sie durch ihre Klientinnen und Klienten und auch durch deren Familienangehörige grosse Wertschätzung erfahren.

P5: Also die Wertschätzung kommt auf alle Fälle durch die Klienten.. die sind wertschätzend.. also meine Klienten die hierhin kommen sind wertschätzend.

Mit sieben Nennungen ebenfalls sehr häufig, wird die Wertschätzung durch Fachpersonen erwähnt, mit denen zusammengearbeitet wird. Das können Berufskolleginnen und –kollegen, die vorgesetzte Person oder das Team sein. Auch die zuweisenden Stellen wie Psychiater und Hausärzte werden genannt, da sie ihnen mit der Zuweisung das Gefühl geben, dass sie ihr Arbeit gut finden und wertschätzen.

P2: Teilweise auch von den Zuweisern.. dort ist die Zusammenarbeit eigentlich auch positiv.. die würden einem ja auch nicht zuweisen, wenn sie nicht gut finden würden, was man macht.. und da kommt wirklich auch Wertschätzung.

Zwei weitere Personen erwähnen, dass sie auch in ihrer Familie und in ihrem Freundeskreis für ihre Arbeit wertgeschätzt werden. Vier Personen weisen jedoch auch darauf hin, dass ihr Beruf in der Gesellschaft eigentlich nicht wertgeschätzt sei und dass sie von dort keine Wertschätzung erhalten. Dies einerseits durch die Rationierungsmassnahmen und durch die überhöhten Ansprüche an die Effizienz und andererseits, da ein Misstrauen spürbar sei.

P8: (...) also, das muss man wirklich so sagen.. von den Versicherungen, von den Krankenkassen, von der IV, von der IV ganz stark, kommt so ein ganz starkes Misstrauen, im Sinne von - unausgesprochen natürlich, aber vom Verhalten her ganz stark, im Grunde genommen glauben wir nicht, dass sie etwas bringen bzw. das Geld, dass wir da aufwerfen müssen, also eigentlich.. möchten wir das eher nicht.. also es kommt sehr viel Misstrauen.

7.1.9 Erwartungen (A9)

Die Erwartungen, mit denen die befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten konfrontiert werden, lassen sich in „Erwartungen an sich selber“, „Erwartungen von den Klientinnen und Klienten“ und „Erwartungen durch die Gesellschaft“ einteilen. Die Erwartungen, die sie an sich selber haben sind sehr vielfältig. Vier Personen stimmten überein, dass sie von sich erwarten, dass sie sich fachlich stets weiterbilden und „à jour“ bleiben. Sei das durch Weiter- und Fortbildungen oder auch durch das Lesen von Fachliteratur und durch den Austausch mit Fachpersonen. Zwei weitere Personen erwarten von sich, dass sie wach, präsent und neugierig bleiben. Auch Erwartungen an den eigenen Umgang mit Offenheit und Interesse werden genannt.

P1: Also die Erwartungen die ich an mich selber habe.. dass ich natürlich wirklich präsent dabei sein kann, empathisch, wertschätzend, offen sein kann.

Drei weitere Personen erwarten von sich, dass sie fähig sind, die Leute die zu ihnen in die Therapie kommen auf ihrem Weg zu begleiten und in ihrer Entwicklung zu unterstützen. Ebenfalls erwähnen drei der befragten Personen das korrekte Handeln nach ethischen Prinzipien. Allgemein berichten einige, dass sich die eigenen Erwartungen im Laufe der Berufserfahrung verändert haben. Dahingehend, dass sie sich mehr auch getrauen, die Leute zu konfrontieren, dass sie gelassener geworden seien und nicht mehr die ganze Verantwortung für den Erfolg tragen.

P8: (...) ich habe früher viel von dem geredet, aber faktisch habe ich es dann nicht immer genau so gemacht.. und jetzt mache ich das glaube ich auch mehr; dass ich die Verantwortung für den Prozess habe, aber nicht für das Ergebnis.. das unterscheidet man ja manchmal.

Die Erwartungen von ihren Klienten oder Patienten werden unterschiedlich wahrgenommen. Einige Befragte sagen, dass sie dies eigentlich gar nicht genau wissen und andere wiederum betonen, dass sie es sehr wichtig fänden, dies zu thematisieren und die Erwartungen im Voraus zu klären. Dies unter anderem deshalb, weil so ein gemeinsames Ziel verfolgt werden könne oder auch um zu klären, wie realistisch das Ganze sei. Vier weitere Personen sagen, dass die Erwartungen an sie teilweise auch überhöht und unrealistisch seien. Insofern als dass die Klientinnen und Klienten Rezeptvorschläge haben möchten, wie sie ihre Probleme in kurzer Zeit lösen können.

P5: Manchmal unrealistische Erwartungen.. manchmal so den Rettungsgedanken... dass man Probleme einfach lösen und weghaben kann und ich versuche eher zu zeigen, dass es darum geht, wie mit gewissen Problemen zu leben lernen, also unrealistische Erwartungen sind für mich so etwas weghaben, wegbringen wollen.

Ebenfalls erwartet werden praktische Unterstützung in alltäglichen Dingen, es gibt aber auch Erwartungen an die Integrität an sich. Eine Person erwähnt, dass ihre Klientinnen und Klienten von ihr Hoffnung erwarten. Hoffnung in dem Sinne, dass sie in der Situation, in der sie stehen, nicht aufgeben müssen, weil es einen Weg gebe. Hoffnung zu geben und neue Perspektiven aufzuzeigen sieht diese Person mit zunehmender Berufserfahrung auch ganz klar als Teil ihrer Arbeit an.

P7: (...) das habe ich am Anfang als Therapeutin nicht gemacht, ist mir aber bewusst geworden, dass das sehr wichtig ist für die Therapiemotivation und auch für den Therapieverlauf.. also man weiss, man sollte Hoffnung geben und ich mache das explizit.. also ich gebe explizit Hoffnung mit der Option, dass es keine Garantie gibt.

Die gesellschaftlichen Erwartungen schätzt die Mehrzahl der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten so ein, dass von ihnen erwartet wird, dass sie die Personen wieder funktionsfähig bzw. arbeitsmarktfähig machen sollten. Drei weitere Personen konkretisieren dies indem sie sagen, dass man die Erwartung an sie habe, dass sie eine Reparaturwerkstatt seien.

P10: Also ja, es gibt insofern - also vor allem wenn man mit Kindern und Jugendlichen arbeitet, hat man natürlich - also in erster Linie mal Schulen, die einem auch als Reparaturwerkstatt anschauen, zum Teil die Eltern.. und das ist alles nachvollziehbar, aber nicht machbar.

Weiter führen zwei Personen aus, dass sie das Gefühl haben, die Gesellschaft erwarte von ihnen, dass es ihnen selber sehr gut gehe. Dem sei verständlicherweise nicht immer so, aber sie hätten wohl einen anderen, einen offeneren Umgang mit ihren Problemen.

7.2 Wohlbefinden, Ressourcen und Gesundheit (B)

Unter der Hauptkategorie „Wohlbefinden, Ressourcen und Gesundheit“ (B) werden die Kategorien „Stellenwert Wohlbefinden“ (B1), „Tätigkeiten für psychisches, körperliches und seelisches Wohlbefinden“ (B2), „Persönliche Ressourcen“ (B3), „Abschalten nach der Arbeit“ (B4) und „Weitere Faktoren, die zur Gesundheit beitragen“ (B5) zusammengefasst.

7.2.1 Stellenwert Wohlbefinden (B1)

Der Stellenwert des Wohlbefindens in Bezug auf die Arbeit ist für alle befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten äusserst hoch. Sie führen dies aus, indem sie sagen, dass sie gar nicht richtig arbeiten könnten, wenn es ihnen nicht wohl wäre oder dass es ihre Arbeit erheblich erschweren würde.

P8: Ja, also wenn es mir nicht wohl ist - wenn ich zum Beispiel - das kommt zum Glück nicht so häufig vor.. wenn ich zum Beispiel mit meiner Frau tiefergehende Auseinandersetzungen habe und so dann arbeiten gehe, das ist ein Leiden, das ist ganz schwierig.. weil wie kann ich offen sein für Leute, wenn ich eigentlich immer noch mit etwas anderem beschäftigt bin.. das Wohlbefinden ist schon ganz ganz wichtig.

Eine weitere Person führt aus, dass ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden ihr höchstes Gut seien und sie darum einen bewussten Umgang damit pflege.

7.2.2 Tätigkeiten für psychisches, körperliches und seelisches Wohlbefinden (B2)

Sechs Mal wurde erwähnt, dass die befragten Personen darauf schauen, dass sie genügend Zeit für Ruhe- und Erholungsphasen hätten, sei das durch Ferien oder genügend Freizeit. Gleich häufig wurde gesagt, dass das Zusammensein mit der Familie oder mit Freunden ein wichtiger Aspekt sei, der zum Wohlbefinden beiträgt.

P2: (...) mich auch mit anderen Menschen treffen, das finde ich ganz wichtig und zwar nicht mit Psychologen - also wenn ich in die Sauna gehe, das ist so eine Gruppe mit denen rede ich dann über alles andere als über meinen Beruf und das tut mir wahnsinnig gut.

Eine weitere Tätigkeit, die ebenfalls von der Mehrzahl der Interviewpartnerinnen und -partner genannt wurde, ist das Weiterbilden durch den Besuch von Kursen und Veranstaltungen, aber auch durch das Lesen von Fachliteratur und durch den fachlichen Austausch in der Super- und Intervision. Fünf Personen sagten, dass die sportliche Betätigung für sie eine wichtige Tätigkeit für ihr Wohlbefinden darstellt. Ebenfalls wurde das Betreiben von Wellness als eine förderliche Tätigkeit für das Wohlbefinden genannt. Gleich viele sagen, dass es für sie wichtig sei, dass sie regelmässig Zeit in der Natur verbringen. Das Beschäftigen mit alltäglichen Sachen wie bspw. im Haushalt hilft vier Personen. Dies darum, weil es ihnen gut tue, sich mit etwas ganz anderem zu beschäftigen, mit etwas ganz anderem konfrontiert zu sein, um so wieder mehr Abstand zu bekommen. Auch spirituelle Tätigkeiten wie das die Beschäftigung und die Auseinandersetzung mit Schamanismus und Naturheilkunde, Meditations- und Achtsamkeitsübungen werden genannt.

P8: Ich meditiere.. jetzt etwa seit zwei bis drei Jahren.. (...) und das hilft mir, wie so ein bisschen ruhig in den Tag steigen zu können.. und am Abend wieder müde zu werden, so quasi wie „verebben“ zu lassen.. oder mich auch mal sammeln zu können.

Mehr als die Hälfte der befragten Personen äussert, dass sie mit dem, was sie für ihr Wohlbefinden machen auch sehr zufrieden sind und es als befriedigend erleben. Lediglich vier Personen führen aus, dass sie eigentlich gerne noch etwas mehr machen würden, wobei Aspekte wie ein längerer Urlaub oder sich mehr Zeit für Weiterbildung zu nehmen genannt wurden.

P1: Also, was ich jetzt so merke, also ich arbeite jetzt seit zehn Jahren als Therapeutin.. also dass ich vielleicht dann doch mal einen längeren „brake“ möchte... vielleicht ein Jahr... oder ein halbes Jahr... dass ich schon merke, ich hatte jetzt gerade Ferien und danach bin ich auch ausgeruht, aber ich werde dann trotzdem wieder schnell müde.

7.2.3 Persönliche Ressourcen (B3)

Die persönlichen Ressourcen, die genannt wurden, waren sehr vielfältig. So berichtete die Hälfte der Personen, dass ihre Familie und ihr soziales Umfeld eine grosse Ressource darstelle. Drei Personen sagen, dass sie eine Ressource darin sehen, dass sie sich selber motivieren können. Auch der Humor wird von drei Personen als Ressource gesehen. Eine Person führt aus, dass es wichtig sei, dass man lerne über sich selber zu lachen und es könnte auch empfehlenswert sein, dieses Thema in die Therapie einfließen zu lassen. Ebenfalls drei Personen sehen in ihren Hobbies eine Ressource. Sich mit Dingen beschäftigen, die einen interessieren wie Reisen, Musik hören oder in die Natur gehen, könne hilfreich sein und tun einem gut. Zwei weitere Personen führen aus, dass sie ihre Lebenserfahrung als Ressource ansehen.

P3: (...) meine Lebenserfahrung - ich habe nicht so einen geraden Weg gemacht, ich habe verschiedene Jobs gehabt, ich habe verschiedene Sachen gemacht.. so dass ich die Leute auch anders abholen kann, also nicht nur durch die Psychologie und die Theorie sondern über Lebenserfahrung.

Zwei weitere Personen sehen ihre Geduld als Ressource. Eine Person präzisiert dies indem sie sagt, dass sich die Geduld entwickelt habe und es auch sehr hilfreich sei in ihrer Arbeit, da sie auch zuwarten kann, bis etwas so weit sei. Die Offenheit wird ebenfalls als Ressource genannt. Die Offenheit helfe ihnen, sich in andere Lebenswelten hineinzudenken und dass sie ihre Klientinnen und Klienten so annehmen können wie sie sind. Eine Person meint, dass die Offenheit ein Hauptanteil am Therapieerfolg sei und zum Effekt habe, dass es sehr selten sei, dass eine Person nach einem erstmaligen Treffen nicht mehr komme.

P7: Ich denke, bei mir ist ein wichtiger Punkt, dass ich die Menschen so nehmen kann wie sie sind und dass ich das Glück habe, dass ich Menschen nicht schubladisieren muss um mit den Leuten klar zu kommen.. das heisst, ich denke, ich habe eine grosse Offenheit.. das ist die Ressource, ich habe eine grosse Offenheit.

Optimismus wurde von einer Person ebenfalls als Ressource, aber auch als therapeutisches Instrumentarium benannt. Eine weitere Person gibt an, dass ihr bestimmte Theoretiker in Bezug auf den Beruf helfen und sie dies auch als Ressource bezeichnet. Bildung und Intelligenz sind für eine weitere befragte Person Ressourcen.

P8: Ressourcen... ich sage das jetzt mal so... das müsste man sicher genauer anschauen, aber ich sage es jetzt einfach mal so.. Bildung und Intelligenz ist, glaube ich schon, ganz wichtig in diesem Beruf.

7.2.4 Abschalten nach der Arbeit (B4)

Alle Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sagen, dass sie nach der Arbeit eigentlich sehr gut abschalten können. Einige führen aus, dass sie in ihrer Freizeit schon manchmal noch an Klientinnen und Klienten oder gewisse Geschichten denken, sie dies aber nicht als Belastung wahrnehmen. Eine andere Person führt aus, dass es in gewissen Ausnahmesituationen gar nicht wirklich möglich sei abzuschalten. Dies sei der Fall, wenn jemand suizidal sei und bspw. die Möglichkeit habe, sich im Notfall telefonisch zu melden.

P4: Das ist – finde ich, zu allgemein, manchmal ja, manchmal nein.. es gibt ja Konstellationen, wo – wie soll ich sagen, die einem länger beschäftigen und dann denkt man auch sonst darüber nach oder.. und.. ja und manchmal gibt's es auch, das kommt jetzt zwar etwas weniger vor, aber das habe ich eine Zeitlang so gemacht, also jetzt in akut nahen Fällen, dass sie per Handy anrufen können und so.. und dann ist das mit dem Abschalten nicht so gegeben.. aber eigentlich würde ich sagen, dass das schon gelingt.

Eine Person sagte, dass sie eigentlich gar nicht wirklich abschalten muss, sondern einfach nur soweit, damit sie sich frei fühle. Mehr als die Hälfte der Befragten sagte, dass sie mit der Zeit gelernt hätten abzuschalten und somit die Berufserfahrung hilfreich sei. Drei weitere Personen fügten an, dass ihnen der Arbeitsweg helfe um abzuschalten.

P8: Ja.. also wenn ich im Zug sitze und dann etwas lese, also ich habe eine Stunde Pendelzeit, also zwei Stunden, eine Stunde hin, eine Stunde zurück.. in dieser Zeit lese ich Zeitung und Fachliteratur und dann bin ich eigentlich schon weg.

Ebenfalls hilfreich um abzuschalten sei das Beschäftigen mit praktischen Tätigkeiten. Ferner sagte eine Person, dass sie bewusst Rituale ausführe um die Aura zu reinigen und dass sie darauf achte, dass sie keine pendenten Aufgaben mehr habe, bevor sie nach Hause gehe.

7.2.5 Weitere Faktoren, die zur Gesundheit beitragen (B5)

Als weitere zentrale Faktoren, die zur Gesundheit beitragen, werden sehr unterschiedliche Dinge genannt, wobei sie eigentlich den Tätigkeiten für das Wohlbefinden (Kapitel 7.2.2) entsprechen. So sagt knapp die Hälfte der Personen, dass der fachliche Austausch, sei es in der Super- oder Intervision oder mit Personen zwischendurch sehr wichtig sei. Ebenfalls wichtig, das sagen zwei Personen, seien genügend Erholungszeiten, für die Beschäftigung mit ganz anderen Sachen, die nichts mit dem Beruf zu tun haben. Wichtig seien auch gute

Arbeitsbedingungen (zwei Nennungen). Eine der befragten Personen ist der Meinung, dass die eigene Lebenserfahrung ein weiterer wichtiger Faktor für die Gesundheit sei. Durch die gemachten Erfahrungen lasse sie sich nicht mehr so schnell erschüttern. Auch das Spüren von Anerkennung könne hilfreich sein, sagte eine befragte Person. Wiederum eine Person meinte, dass die Selbsterfahrung für die Gesundheit wichtig sei. Sie begründet dies insofern, als dass es einem hilft, nicht überheblich zu werden und dass man selber eigentlich auch immer Patient sei und man sich von seinen Patienten nicht kategorial unterscheide. Die Sinnhaftigkeit, also ob man in dem, was man macht, einen Sinn sieht, wird ebenfalls von einer Person als gesundheitsfördernden Aspekt genannt.

P7: (...) ich glaube, dass.. dass die Sinnhaftigkeit, also ob das, was ich mache, aus meiner Perspektive Sinn macht, dass das ein ganz wichtiger Aspekt für die Gesundheit ist.

7.3 Allgemeine Selbstfürsorge (C)

Zur Hauptkategorie „Allgemeine Selbstfürsorge“ (C) zählen die Kategorien „Definition“ (C1), „Allgemeine Selbstfürsorgestrategien“ (C2), „Veränderung der Selbstfürsorgestrategien“ (C3), „Übereinstimmung von Selbstfürsorgestrategiekonzepten“ (C4), „Wichtigkeit der Selbstfürsorge im Beruf“ (C5), „Selbstfürsorge als Burnout-Prävention“ (C6), „Stellenwert Selbstfürsorge im Studium“ (C7), „Stellenwert Selbstfürsorge in der Weiterbildung“ (C8), „Wunsch nach Thematisierung“ (C9) und „Auswirkung von Zeitmangel“ (C10).

7.3.1 Definition (C1)

Die Hälfte der befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten definiert Selbstfürsorge als das physische und psychische Sich-Sorge-Tragen. Zum physischen Aspekt gehöre, dass man sich körperlich gesund fühlt und zum psychischen, dass es einem gut gehe, dass man freudig und lebendig sei. Drei weitere Personen definieren die Selbstfürsorge als eine Fähigkeit, eine Balance zu finden oder sie auch wieder herzustellen, wenn sie in einem Ungleichgewicht sei.

P9: Ja, sagen wir sich selber wieder stabilisieren können, wenn man vielleicht durch irgendetwas aus dem Geleise geworfen wurde.

Eine Person betonte, dass es Geduld brauche, diese unbalancierten Zustände auszuhalten und auch Motivation, sie zu verändern. Zwei weitere Personen sagten, dass sie unter

Selbstfürsorge verstehen, dass man auf die eigenen Bedürfnisse achten muss, fähig sei, diese wahrzunehmen und schlussendlich auch zu befriedigen. Die Fähigkeit sich abzugrenzen sieht eine Person als Teil der Selbstfürsorge an. Eine Person findet es schwierig zu definieren, was Selbstfürsorge ist, da ihr der Begriff bzw. der Wortlaut an sich zu unproblematisch erscheint.

P4: Ja, wobei – ich habe einfach den Begriff der Selbstfürsorge.. vielleicht... verstehe ich ihn auch nicht so recht, aber ich finde den Begriff zu unproblematisch.. eine Art, also – als ob man wüsste, was das ist.

7.3.2 Allgemeine Selbstfürsorgestrategien (C2)

Als Selbstfürsorgestrategie bezeichnen acht Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten den fachlichen Austausch mit Berufskolleginnen und -kollegen. Sie empfinden den Austausch in der Supervision, in der Intervision, mit dem Team aber auch informell in Pausen oder über Mittag als sehr wertvoll. So spüre man Unterstützung und komme gemeinsam auch weiter, als wenn man es nur für sich alleine bearbeite.

P1: (...) das brauche ich sehr, damit ich mit dem, was los war, nicht alleine bin, dass ich es schnell losbringe.. und das liegt in diesem Team auch drin und ist sehr wertvoll.

Vier weitere Personen berichten, dass auch sportliche Aktivitäten eine Art Selbstfürsorge sein können, um einerseits Energie zu tanken und andererseits besser abschalten zu können. Eine Person präzisiert hingegen, dass der Grund für die sportliche Aktivität nicht auf die Selbstfürsorge, sondern eher auf den physischen Aspekt zurückzuführen sei, der mit dem stundenlangen Sitzen zusammenhängt. Eine Person sagt, dass die Selbstbeobachtung, das bewusste Beobachten und Wahrnehmen der eigenen Grenzen auch eine Strategie sei. Darum merke sie auch, wann sie Pausen einlegen muss und sich wieder mehr Erholung gönnen sollte. Die bewussten Zeiten für Erholung durch Pausen, seien eine Strategie für die eigene Selbstfürsorge und dazu gehöre auch ausreichend Schlaf. Dem pflichten auch zwei weitere Personen bei indem sie sagen, dass sie bewusst Aufnahmestopps planen oder weniger Klienten annehmen, damit sie wieder mehr Zeit für Pausen hätten. Eine weitere Person sagt, dass es für sie auch eine Art Selbstfürsorge sei, wenn sie ein Stück weit die Verantwortung für den Therapieerfolg abgeben könne.

P5: Selbstfürsorge in dem Sinne ist für mich auch wichtig zu wissen, dass ich für die Klienten zwar.. eine Hilfe.. eine Katalisatorwirkung - aber ich bin nicht einfach die Verantwortliche für ihr

Glück oder Unglück.. eine Selbstfürsorgestrategie ist für mich auch, dass ich wie ein Stück Verantwortung auch abgebe.

Ebenfalls eine Person sagt, dass sie sich im Laufe der Berufserfahrung auch mehr zutraue und bspw. auch mal eine Therapie abbreche, wenn sie merke, dass es irgendwie nicht weitergehe. Auch das gehöre zu ihren Strategien. Des Weiteren sagen drei Personen, dass sie spirituelle Tätigkeiten wie meditative oder schamanische Tätigkeiten als eine Art Selbstfürsorge sehen.

P10: (...) wirklich auch schamanische Techniken hervorhole, die ich für mich einsetze.. also zum Schutz.. dass ich beispielsweise um mich herum selber einen Schutzkreis oder Energiekreis oder wie man dem auch immer sagt, ziehe.. oder dass ich nachher wie.. von meinem Stuhl weg, um den Stuhl der Klientin oder des Klienten.. einen Raum baue.. wo das passieren kann, was in dem Moment oder an diesem Tag passieren soll.

Eine Person sagt, dass sie eigentlich gar keine Selbstfürsorgestrategien brauche. Von ihrer Berufsauffassung her sei es so, dass wenn sie in eine Hilflosigkeit hineinkommt, sie dies zuerst hinnehme, darüber nachdenke und das dann wieder in die Therapie zur Bearbeitung reinbringe. Auch das könnte jedoch als eine Strategie angesehen werden.

P4: (...) heute ist man sich ja gewohnt und man ist geschult, dass man das zunächst hinnimmt oder.. und sich dann darüber Gedanken macht und wenn ich dann feststelle, ich komme in eine Hilflosigkeit, dann ist das von meiner Berufsauffassung her so, dass ich wie über das nachdenken muss und dass ich das dann wieder reinbringe.. das gelingt nicht immer.

Dieselbe Person führt weiter aus, dass sie von Berufskolleginnen und -kollegen bereits Formulierungen wie „ich kann ihnen nicht so viel geben“ gehört habe. Und das sei etwas, dass sie sowieso ablehne, da sie gar nichts gebe. Es gehe nämlich darum, dass eine Person sie aufsuche um sich psychotherapeutisch mit ihren Konflikten auseinanderzusetzen und für das stelle sie sich als Arbeitsinstrument zur Verfügung. Aber nicht in dem Sinne, dass sie etwas gibt.

P4: (...) dass jemand hierhin kommt und sich psychotherapeutisch mit seinen Konflikten auseinandersetzen will und für das, kann er mich verwenden, ich bin dann eine Art ein Lupe.. und dann kann man dorthin schauen.

7.3.3 Veränderung der Selbstfürsorgestrategien (C3)

Die Hälfte der befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten denkt, dass sich ihre Selbstfürsorgestrategien verändert haben, indem sie im Laufe der Zeit neue Strategien entwickelt hätten. So berichtet eine Person, dass sie mit sich selber grosszügiger geworden sei, indem sie sich selber mehr zugestehe, sich abzugrenzen. Wiederum eine Person sagt, dass sie gelassener geworden sei, dass es ihr leichter falle, die Verantwortung auch ein Stück weit der Klientin oder dem Klienten zu übergeben. Ebenfalls genannt wurde, dass sich eine Person auch mehr getraue, die Leute zu konfrontieren, wenn es ihr im Gespräch nicht mehr wohl sei.

P1: Ich denke schon.. oder eben ein Teil der Selbstfürsorge ist auch, dass ich mich mehr getraue, die Leute mit meinem Eigenen zu konfrontieren, dass ich nicht nur immer die bin, die aufnimmt und zuhört und empathisch ist, sondern sie mehr auch mit dem konfrontiere, was mit mir abläuft.

Drei weitere Personen führen aus, dass sie sich und ihre eigenen Bedürfnisse mit zunehmendem Alter ernster und wichtiger nehmen. Zwei Personen sagten, dass das Bedürfnis nach Supervision mit zunehmendem Alter kleiner geworden sei.

P3: Also, die Supervision hat sich etwas geändert, da habe ich früher mehr gemacht und jetzt habe ich das Gefühl, das hat vielleicht auch mit der Übung oder besser mit der Erfahrung zu tun, dass man nicht mehr so schnell am Berg steht, früher als jede Situation neu war.. Supervision mache ich jetzt weniger.

Zwei der befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nehmen keine Veränderungen ihrer Selbstfürsorgestrategien wahr und sind der Ansicht, dass die gleichgeblieben seien.

7.3.4 Übereinstimmung von Selbstfürsorgestrategiekonzepten (C4)

Mehr als die Hälfte der befragten Personen sagte, dass ihr theoretisches Wissen auch mit ihren praktisch angewendeten Selbstfürsorgestrategien übereinstimme. Vier weitere Personen führen aus, dass sie theoretisch schon noch mehr wüssten. Damit sie diese aber auch anwenden, bräuchte es viel Motivation und es komme schon vor, dass sie gewisse Dinge etwas vernachlässigen. Eine Person sagte, dass durch das Praktizieren einer Selbstfürsorgestrategie das Bedürfnis nach Selbstfürsorge erst entwickelt wird und das sei die beste Prävention. Eine Person erzählte, dass es ihr in Momenten, in denen es ihr gut gehe, wie selbstverständlich gelinge, sie aber noch sorgfältiger werden möchte in Zeiten, in denen es

ihr weniger gut gehe. Zudem frage sie sich auch immer wieder, wieso es überhaupt zu einer Diskrepanz kommen könne.

P10: (...) ja, das ist auch eine therapeutische Frage oder.. wieso hat man 1000, übertrieben gesagt, Tricks wie es einem besser gehe könnte und man braucht sie nicht.. wie kommt man dazu - also das ist wirklich für mich eine Frage, die ich auch immer mit den Klienten bespreche.

7.3.5 Wichtigkeit der Selbstfürsorge im Beruf (C5)

Neun und somit praktisch alle befragten Personen sind sich einig, dass die Selbstfürsorge von grosser Wichtigkeit im Beruf der Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten ist. Sie begründen dies damit, dass es ein sehr anspruchsvoller Beruf sei, der einen in der ganzen Persönlichkeit fordere und man deshalb schauen sollte, dass man über genügend Selbstfürsorgestrategien verfüge. Drei Personen gehen sogar noch weiter und sagen, dass sie ohne Selbstfürsorge den Beruf gar nicht ausüben könnten, da das eigene Befinden ebenfalls einen Einfluss auf die Therapie habe. Daher sei man gezwungen, gut zu sich zu schauen.

P1: Also, da habe ich gedacht, das ist ein absolut zentrales Thema, als Psychotherapeutin.. also ich merke auch, dass ich eigentlich nur gut arbeiten kann, wenn es mir selber auch gut geht.

P10: Wir haben mit ganz viel Leid und viel Traumata zu tun, und ich kann mir nicht vorstellen, dass dieses Leid und dass diese Traumata uns nicht auch beeinflussen.. und dass die uns auch Leid zufügen.. das Leid.. ja das Leid.. leiden.. uns Leid zufügen auf einer anderen Ebene.. auf einer unbewussten, aber zum Teil auch auf einer bewussten Ebene oder aber, wenn man mit Menschen zu tun hat, die Traumata erlebt haben, dann ist das ganz klar.. dass.. dass das für mich selbstverständlich ist, dass wir mittraumatisiert werden und dafür braucht es auch diese Fürsorge.. eine Selbstfürsorge.

Eine Person hat eine etwas andere Sichtweise, wobei dies auch mit der Definition des Begriffs zusammenhängt, und sagt, dass es für das Ausüben des Berufs einen gewissen Masochismus brauche und von dem her liege die Selbstfürsorge nicht sehr nahe.

P4: (...) ich glaube, es braucht für Psychotherapeuten einen gewissen Masochismus und sonst würde man ja wie sagen, es tut einem nicht gut.. aber.. von dort her glaube ich schon, dass es ein Stück weit eine Befähigung ist, masochistische Triebe zu geniessen.. und vor allem auf bewusster Ebene, und das ist in dem Sinne, und von dem her würde die Selbstfürsorge nicht sehr nahe liegen.

7.3.6 Selbstfürsorge als Burnout-Prävention (C6)

Acht der befragten Personen sind der Meinung, dass wenn man genügend Selbstfürsorge betreibt, einem Burnout vorgebeugt werden kann. Der achtsame Umgang mit sich selbst könne Bewegungen in die Richtung eines Burnouts korrigieren. Klar sei, dass es Dinge wie ein familiärer Schicksalsschläge gäbe, die sich nicht beeinflussen lassen. Durch Selbstfürsorge könne man aber einen wichtigen Teil dazu beitragen. Eine Person ist der Meinung, dass es zu einem anderen Verlauf von einem allfälligen Burnout führen würde.

P6: Ja, also es verläuft dann vielleicht anders.. also ja, das Burnout muss dann eigentlich nicht eintreffen, aber das Burnout - es gibt auch Schwelbrände und das.. also das brennt verschieden und das kann man nicht einfach so definieren, finde ich.. und man tut sicher - also es verläuft dann anders, wenn man sich damit befasst.

Eine weitere Person ist der Meinung, dass eine gute Theorie in der man denke und arbeite als prophylaktisch bei Burnout angesehen werden könne.

7.3.7 Stellenwert Selbstfürsorge im Studium (C7)

Neun der befragten Personen sagen, dass die eigene Selbstfürsorge während ihres Studiums nicht thematisiert wurde. Eine Person fügt zwar an, dass es in Bezug auf die Klienten teilweise ein Thema war, aber nicht in Bezug auf sich selber. Einzig eine Person sagte, dass das Thema aufgegriffen wurde und zwar durch persönliche Erzählungen von Dozierenden.

7.3.8 Stellenwert Selbstfürsorge in der Weiterbildung (C8)

In der Weiterbildung von acht der befragten Personen wurde das Thema Selbstfürsorge aufgenommen, wobei vor allem auf die Arbeit mit traumatisierten Menschen oder Personen mit einer Persönlichkeitsstörung Bezug genommen wurde. Ebenso wurde das Thema auch auf die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten selber bezogen, in dem sie verschiedene Praktiken zur Spannungsregulation eingeübt und sich sehr mit sich selber und ihrem eigenen Wohl beschäftigt hätten. Bei drei Personen hingegen wurde die Thematik in der Weiterbildung nicht thematisiert.

7.3.9 Wunsch nach Thematisierung (C9)

Obwohl das Thema Selbstfürsorge während des Studiums und der Weiterbildung nicht bei allen gleich oft thematisiert wurde, finden über die Hälfte der Personen, dass es für sie so

trotzdem gestimmt hätte und dass sie sich nicht gewünscht hätten, das Thema vertiefter anzuschauen. Vier weitere Personen wiederum sagen, dass sie das Thema gerne vertieft hätten.

P7: Ja, auf alle Fälle, also ich denke, das wäre sehr sehr spannend gewesen um zu schauen, welche Risiken gewisse Berufsgattungen auch beinhalten können.. und dass man.. und wie man dem vorbeugen könnte.. das hätte ich sehr spannend gefunden.

7.3.10 Auswirkung von Zeitmangel (C10)

Die meisten der befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sagen, dass sie genügend Zeit haben, sich ihrer Selbstfürsorge zu widmen. Dies unter anderem darum, weil sie sich bewusst Zeit dafür nehmen und als Beispiel nicht 100% arbeiten. Wenn sie zu wenig Zeit für ihre Selbstfürsorge haben, haben sie nicht das Gefühl, dass die Patienten das mitbekommen, aber sie spüren es bei sich selber. So berichten vier Personen darüber, dass sie müde und ausgelaugt werden. Zwei Personen wiederum sagen, dass es sich bei ihnen vor allem so auswirkt, dass sie unzufrieden werden. Zwei weitere berichten über Unlust und Interessensverlust als Folge und abermals zwei, dass sie merken würden, dass die Konzentration nachlasse und sie weniger präsent seien.

7.4 Selbstfürsorge während Therapiesitzung (D)

Unter der Hauptkategorie „Selbstfürsorge während Therapiesitzung“ (D) werden die Kategorien „Thema während Therapie“ (D1), „Schwierige Situationen“ (D2), „Selbstfürsorgestrategien während Therapiesitzung“ (D3), „Selbstfürsorgestrategien unmittelbar nach Therapiesitzung“ (D4) und „Therapeutisches Werkzeug versus Selbstfürsorge“ (D5) zusammengefasst.

7.4.1 Thema während Therapie (D1)

Um zu sagen, wie mit schwierigen Situationen während der Therapiesitzung umgegangen wird, wurden die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vorerst dazu befragt, was sie unter schwierigen Situationen verstehen.

Alle befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sagten, dass das Thema Selbstfürsorge auch in der Therapie thematisiert werde. Mehr als die Hälfte sagte, dass das Thema auf Wunsch ihrer Patienten zur Sprache komme. Da gehe es dann um einen bewussteren Umgang mit sich selber und das Aufspüren und Aktivieren von Ressourcen der

Klienten. Eine Person hingegen sagte, dass die Klienten am Anfang der Therapie teilweise die Erwartung oder den Wunsch haben zu lernen, besser zu sich selber zu schauen. Da sage sie aber, dass das ihre bewusste Einstellung sei und es Gründe geben müsse, wieso sie das bis anhin nicht machen und da setze sie dann an. Vier Personen sagen, dass sie die Selbstfürsorge in Bezug auf die Therapie der Patientinnen und Patienten zum Thema machen, weil es für sie selber ein wichtiges Thema sei. Eine Person führt aus, dass sie bei Personen, bei denen sie das Gefühl habe, dass sie darin ein Manko haben, klar auch darauf fokussiere. Sie gäbe ihren Klientinnen und Klienten zum Teil auch Inputs, welche sie mit Forschungsergebnissen untermauere, bleibe aber bewusst informativ und nicht intrusiv.

P7: Ja, das ist eigentlich eines meiner Lieblingsthemen.. das ist klar.. wo ich meinen Klienten Inputs gebe, wo ich manchmal auch mit Untersuchungsergebnisse untermauere.

7.4.2 Schwierige Situationen (D2)

Das Zustandekommen von schwierigen Situationen sei zum Teil auch von den verschiedenen Störungsbildern der Klientinnen und Klienten abhängig. Darüber sind sich mehr als die Hälfte der befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten einig.

P4: Ehrlich gesagt, gibt's das selten.. aber es gibt es so zum Teil... ja, ich glaube das hat schon auch etwas mit den Störungsbildern zu tun.

Zwei weitere Personen sagen, dass sie die Situation vor allem dann als schwierig empfinden, wenn sie es mit suizidalen Patienten zu tun haben. Ebenfalls als schwierig, meinen zwei Personen, sei es, wenn sie persönlich angeschuldigt und angegriffen werden und mit schweren Vorwürfen konfrontiert werden. Zwei weitere Gesprächspartner empfinden es als schwierig, wenn sie das Gefühl haben, die Leute würden ununterbrochen auf sie einreden alles bei ihnen abladen, so dass sie kaum mehr zu Wort kommen könnten. Des Weiteren sagten eine Psychotherapeutin und ein Psychotherapeut, dass es auch bildungsabhängig sei. Beide betonten jedoch, dass dies ein heikles Thema sei.

P3: (...) also das ist jetzt ein heikler Punkt... es ist etwas bildungsabhängig.. also Leute - wobei ich habe auch Leute, die ein einfaches Bildungsniveau haben, die sehr differenziert sind, aber meistens sind es... von der Sprachfähigkeit, von der Introspektion, von der Selbstreflexion.. das ist manchmal schon bildungsabhängig.

Eine Person empfindet es als schwierig, wenn die Patienten zu keinem Ende kommen und das Ende der Stunde nicht akzeptieren wollen. Situationen in denen Emotionen nicht gelebt

werden und es dadurch zähflüssig werde, empfinde sie ebenfalls als schwierig. Sie könne sehr gut mit Situationen umgehen in denen es Wutausbrüche gäbe und Tränen fließen würden, aber wenn Emotionen blockiert seien, fände sie das schwierig. Wiederum eine Person sagt, dass es für sie am Anfang vor allem schwierig war, wenn ihr ganz happige und traurige Geschichten erzählt worden seien. Mit der zunehmenden Berufserfahrung könne sie hingegen immer besser damit umgehen. Dieselbe Person empfindet zudem Situationen schwierig, wo sie mit verzweifelten Angehörigen oder einem verzweifelten Umfeld zu tun habe. Sie verstehe es zwar absolut, könne die Not gut nachvollziehen, aber der Umgang damit brauche Geduld.

P10: (...) ich sehe die Not schon und ich sehe sie auch, aber.. ich kann nicht zaubern.

7.4.3 Selbstfürsorgestrategien während Therapiesitzung (D3)

Die befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verfügen über zahlreiche und sehr vielfältige Selbstfürsorgestrategien, die sie während der konkreten Therapiesituation anwenden oder auf die sie zurückgreifen können. So berichten vier Personen, dass sie sich in schwierigen Situationen während der Therapiesituation bewusst distanzieren, um eine mentale Pause einzulegen. Zwei Personen erzählen, dass sie in solchen Momenten ganz bewusst in eine Beobachterperspektive wechseln. Eine Person sagt, dass sie sich auch immer die Option offenhalte, eine richtige Pause einzulegen, um Unterstützung beizuziehen. Drei Personen berichten, dass sie darauf achten, dass sie stets Wasser neben sich haben und regelmässig trinken. Drei weitere Interviewpartner erzählen, dass sie darauf schauen, dass sie sich körperlich wohl fühlen und dass sie eine ganz bewusste Körperhaltung einnehmen. In schwierigen Situationen könne dann die Körperhaltung gewechselt werden, so dass die negativen Energien nicht direkt auf sie zukommen.

P3: (...) und wenn ich jetzt merke, dass die negativen Energien kommen, die mir nicht gut tun, dann setze ich mich in eine eher abwesende Haltung, so dass die Energien neben durch fließen, also dass sie nicht auf mich kommen.

Eher auf die Metaebene zu gehen, um Abstand zu erhalten oder neue Ideen zu generieren sehen drei weitere Personen als eine nützliche Strategie an. Ebenfalls drei Interviewpartner sagen, dass sie bewusst das Spiegeln einsetzen um mit schwierigen Situationen umzugehen.

P5: (...) ich spiegle auch.. ich sage den Leuten, dass ich jetzt in eine Spannung komme oder in eine Wut oder in einen aussergewöhnlichen Zustand.

Das bewusste Atmen wird ebenfalls drei Mal als Strategie genannt. Eine Person wiederum berichtet, dass sie sich immer auch überlegt, was die andere Seite der Medaille sein könnte – ein „Sowohl-als-auch-Denken“ nennt sie das und dieses helfe ihr, wenn sie festgefahren sei und nicht mehr weiterkomme.

7.4.4 Selbstfürsorgestrategien unmittelbar nach Therapiesitzung (D4)

Mehr als die Hälfte der befragten Personen sagte, dass es für sie hilfreich sei, wenn sie unmittelbar nach einer schwierigen Situation mit jemandem darüber reden können. Das können Gespräche mit Arbeitskolleginnen und -kollegen sein, aber auch mit der Familie oder dass sie es zu einem späteren Zeitpunkt in der Supervision oder in der Intervision besprechen. Fünf Personen erzählten, dass sie bewusst Rituale ausführen. Hier wurden unterschiedliche Beispiele genannt, wie sich die Hände zu waschen, die Fenster zu öffnen und frische Luft reinzulassen oder etwas trinken zu gehen. Ebenfalls als hilfreich empfinden es vier Personen, wenn sie sich unmittelbar nach der Therapiestunde Notizen machen und das Geschehen aufschreiben. Wiederum zwei Personen sagen, es sei hilfreich, wenn sie sich körperlich bewegen würden. Eine Person führt aus, dass sie versucht, Sachen die schwierig werden in der Beziehung zwischen ihr und dem Patienten zu thematisieren. Dabei geht es um den bewussten Umgang mit dem Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen, der als Arbeitsinstrument genutzt wird.

7.4.5 Therapeutisches Werkzeug versus Selbstfürsorge (D5)

Drei Personen bezeichnen die Strategien und Techniken, die sie während der konkreten Therapiesituation anwenden als ihr therapeutisches Werkzeug. Eine Person führt dies noch aus und sagt, es sei eigentlich eine Überlebensstrategie.

P5: Als Überlebensstrategie.. also ja, man ist ja nicht immer nur Therapeutin.. man wird ja manchmal auch einfach Mensch und wenn man so angegriffen wird geht es schon mehr auch manchmal ums Überleben.. nein aber, es ist schon auch therapeutisches Werkzeug.. einfach durch die Erfahrung, durch die Weiterbildung einfach zu wissen, wie man sich verhalten soll.

Zwei weitere Personen ordnen die Strategien und Techniken der Selbstfürsorge zu.

P7: Nein, für mich ist es Selbstfürsorge, denn dann mache ich etwas für mich.. dann lasse ich wieder frische Luft rein und so reinige ich mich sozusagen - eine Form von Reinigung und für mich ist das Selbstfürsorge, das heisst, das muss ich machen.

Die andere Hälfte der befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind der Meinung, dass beides zusammengehört. Wobei eine Person sagt, dass alles, was sie in der Therapie macht zum therapeutischen Werkzeug gehöre, aber sobald sie anfängt unter der Situation zu leiden, gehe es in die Selbstfürsorge. Eine weitere Person definiert den Unterschied so, dass alles was während der Therapiesituation passiert zum therapeutischen Werkzeug gehöre und alles was vor- und nachher kommt der Selbstfürsorge zugeordnet werde.

8 Diskussion

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Übersicht halber pro Kategorie zusammengefasst. Anschliessend erfolgt eine Interpretation der Resultate unter Einbezug der im ersten Teil erarbeiteten Literatur, womit die zu Beginn und in Kapitel 5.2 formulierten Leitfragen beantwortet werden sollen.

8.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die gewonnenen Ergebnisse der Hauptkategorie **A „Arbeitszufriedenheit“** zeigen, dass die befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bei der Ausführung ihrer Arbeit grosse Freude empfinden. Dies vor allem dahingehend, weil sie den Kontakt mit den Menschen schätzen und ihnen die Begleitung von Entwicklungsprozessen und das damit verbundene Erleben von Veränderungen Freude bereitet. Ebenso werden von einigen der befragten Personen die Verschiedenartigkeit der Menschen mit denen sie es zu tun haben, die Arbeitsbedingungen und die Zusammenarbeit mit Externen als freudvoll erlebt. Als nährend werden die Verbindung mit theoretischen Konzepten, die therapeutische Beziehung und die Veränderung der Klientinnen und Klienten aufgrund der Therapie genannt. Ebenfalls als nährend wird von einigen der befragten Personen die Sinnhaftigkeit der Tätigkeit und die Zusammenarbeit mit motivierten Klientinnen und Klienten empfunden. Die allgemeine Zufriedenheit mit dem Beruf ist sehr hoch. Sie wird dahingehend als positiv erachtet, da die Arbeit aus Sicht der befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sinnvoll und vielfältig ist. Weiter ist die Zufriedenheit hoch weil sie von gewissen Personen als eine Art Berufung empfunden wird und weil mit zunehmender Berufserfahrung die Gelassenheit zunimmt und dadurch besser mit schwierigen Situationen umgegangen werden kann. Als negativ auf die Arbeitszufriedenheit wirkt sich unter anderem der Faktor

aus, dass die Arbeit zu viel Platz im Leben einnimmt und dadurch ein Ungleichgewicht zwischen Arbeit und Freizeit entsteht. Im Gegensatz zur grossen Zufriedenheit mit dem Beruf, ist die Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen eher gering. Als Grund dafür wird vor allem die Unzufriedenheit mit der finanziellen Entlohnung genannt. Ebenso kann es für selbstständig Arbeitende schwierig sein, zu genügend Patientinnen und Patienten zu kommen. Was sich positiv auf die Arbeitsbedingungen auswirken kann, sind die Einbindung in ein gutes Team und kompetente Vorgesetzte. Die Veränderungen der Arbeitsbedingungen werden unterschiedlich wahrgenommen. Einige sagen, dass sie keine Veränderungen wahrgenommen haben, andere wiederum, dass sich die Bedingungen verschlechtert haben. Weitere Veränderungen werden durch einen Stellenwechsel oder durch strukturelle Veränderungen initiiert. Von positiven Veränderungen der Arbeitsbedingungen wird unter anderem dann geredet, wenn mehr Patienten zu ihnen in die Therapie kommen. Die befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sehen aber auch vielfältige Möglichkeiten, nicht zufriedenstellende Arbeitsbedingungen zu verändern. Dies kann einerseits durch ein berufspolitisches Engagement geschehen, aber auch dadurch, dass die eigenen Bedingungen durch sie selber verändert werden oder dass sie ihre Einstellung ändern. Weiter wird eine Veränderungsmöglichkeit darin gesehen, dass sie an ihrem Arbeitsort ein Recht zur Mitsprache haben und ebenfalls durch die Beharrlichkeit, in dem Sinne, dass nicht aufgegeben wird. Als wünschenswerte Arbeitsbedingungen sehen die befragten Personen hauptsächlich, dass sie in die Grundversicherung der Krankenkasse aufgenommen werden. Einen weiteren wichtigen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit ist die Wertschätzung. Diese verspüren alle befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten von ihren Patienten, teilweise von Fachpersonen und zuweisenden Stellen und von ihrem sozialen Umfeld. Wenig Wertschätzung wird ausschliesslich durch die Gesellschaft erfahren bzw. nicht erfahren. Die Erwartungen die sie an sich selber haben sind vielfältig und hoch. Ebenso jene der Klientinnen und Klienten, wobei die Therapeutinnen und Therapeuten damit unterschiedlich umgehen. Die einen thematisieren sie explizit, die anderen sind sich nicht sicher, was ihre Klienten von ihnen erwarten. Übereinstimmend wird gesagt, dass die gesellschaftlichen Erwartungen eher in die Richtung tendieren, dass sie die Aufgabe haben ihre Klienten wieder funktionsfähig bzw. arbeitsmarktfähig zu machen.

Die gewonnenen Ergebnisse der Hauptkategorie **B „Wohlbefinden, Ressourcen und Gesundheit“** zeigen auf, dass das Wohlbefinden in Bezug auf den Beruf bei allen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten einen sehr grossen Stellenwert hat. Um das psychi-

sche, körperliche und seelische Wohlbefinden aufrecht zu erhalten sind unter anderem genügend Erholungszeiten, Zeit mit Freunden und Familien und Beschäftigung mit Alltäglichem wichtig. Als Ressourcen werden Persönlichkeitseigenschaften wie Optimismus, Humor, Geduld, Offenheit und die Fähigkeit, sich selbst zu motivieren genannt. Ebenso werden gewisse Freizeitaktivitäten, die gesammelte Lebenserfahrung, das Zurückgreifen auf Theoretiker, das soziale Umfeld und die Bildung bzw. die Intelligenz von einigen der befragten Personen als Ressourcen angesehen. Das Abschalten nach der Arbeit gelingt durch vielfältige Möglichkeiten, wobei das Durchführen von bewussten Ritualen oder das Ausführen von praktischen Tätigkeiten zwei Möglichkeiten darstellen. Als weitere Faktoren, die zur Gesundheit beitragen, werden der fachliche Austausch, die Lebenserfahrung, genügend Erholungszeiten, Anerkennung, Sinnhaftigkeit, gute Arbeitsbedingungen und Selbsterfahrung genannt.

Die Ergebnisse der Hauptkategorie **C „Allgemeine Selbstfürsorge“** zeigen auf, dass die befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Selbstfürsorge unterschiedlich definieren. Manche reden davon, dass es etwas mit der Fähigkeit sich abzugrenzen zu tun hat, andere, dass es darum geht, sich psychisch und physisch Sorge zu tragen - um nur einige Definitionsmöglichkeiten aufzuzeigen. Es kann gesagt werden, dass die befragten Personen über zahlreiche und sehr vielfältige Selbstfürsorgestrategien verfügen. Als Strategien werden folgende Tätigkeiten genannt: Austausch mit Fachpersonen, Selbstbeobachtung, sportliche Aktivitäten, bewusste Erholungsphasen und Pausen, Möglichkeit, aus der Therapie auszusteigen, Verantwortung abgeben und spirituelle Tätigkeiten. Einige der befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten berichten, dass sich diese Strategien verändert haben. In dem Sinne, dass sie weitere Strategien entwickelt hätten oder dass sich das Bedürfnis nach Selbstfürsorge verändert hat. Andere wiederum sagen, dass sie keine Veränderungen wahrgenommen haben. Die Übereinstimmung von theoretischen und praktischen Selbstfürsorgestrategie-Konzepten wird von mehr als der Hälfte der befragten Personen als ausgewogen empfunden. Lediglich einige fügen an, dass sie theoretisch über mehr Strategien Bescheid wüssten. Die Wichtigkeit der Selbstfürsorge wird als sehr hoch wahrgenommen. Unter anderem deshalb, weil durch eine ausgewogene Selbstfürsorge einem Burnout vorgebeugt werden kann. Praktisch alle Personen schildern, dass das Thema Selbstfürsorge im Studium nicht aufgenommen wurde, aber während der Weiterbildung thematisiert wurde. Mehr als die Hälfte der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist der Meinung, dass dies ausreichend zur Sprache kam. Einige entgegnen dem, dass sie

sich gewünscht hätten, dass das Thema vertiefter behandelt worden wäre. Die meisten der befragten Personen sagen, dass sie genügend Zeit haben, um sich ihrer persönlichen Selbstfürsorge zu widmen. Wenn sie weniger Zeit dafür haben, haben sie nicht das Gefühl, dass dies für ihre Patientinnen und Patienten bemerkbar ist. Die Auswirkungen verspüren sie eher bei sich selber. Als Folgen werden zum Beispiel Müdigkeit, Unzufriedenheit und Interessensverlust genannt.

Die gewonnenen Ergebnisse der Hauptkategorie **D „Selbstfürsorge während Therapiesituation“** weisen darauf hin, dass alle befragten Personen die Selbstfürsorge in der Therapiesitzung mit ihren Klientinnen und Klienten thematisieren. Um zu sagen, wie mit schwierigen Situationen während der Therapiesitzung umgegangen wird, wurden sie, wie bereits erwähnt, vorerst dazu befragt, was sie unter schwierigen Situationen verstehen. Mehr als die Hälfte der Personen gibt an, dass das im Zusammenhang mit dem Störungsbild der Klientinnen und Klienten steht. Situationen in denen Emotionen nicht gelebt werden oder die befragten Personen persönlich angeschuldigt werden, werden ebenfalls von einigen als schwierig empfunden. Als Selbstfürsorgestrategien während der Therapiesitzung werden folgende genannt: die Möglichkeit, Unterstützung beizuziehen, ein „Sowohl-als-auch-Denken“, regelmässiges Trinken, sich bewusst zurücknehmen, um mental eine Pause zu machen, eine bewusste Körperhaltung einnehmen, in die Beobachtung gehen, bewusstes Arbeiten mit der Übertragung und Gegenübertragung, auf die Metaebene gehen, spiegeln und das Ausüben von Atemübungen. Als Selbstfürsorgestrategien unmittelbar nach der Therapiesituation werden das Ausführen bestimmter Rituale, darüber reden, das Geschehene aufschreiben, Pausen einlegen und sich körperlich bewegen aufgezählt. Bezüglich der Frage, ob die Strategien während der Therapiesituation zur Selbstfürsorge oder zu ihrem therapeutischen Werkzeug gehören, gehen die Meinungen auseinander. Einige der befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ordnen sie klar der Selbstfürsorge zu, andere dem therapeutischen Werkzeug. Wiederum ein Teil der befragten Personen ist der Ansicht, dass beides zusammengehört. Gemeint ist damit, dass der Umgang mit schwierigen Situationen während der Therapiesituation sowohl zu den Selbstfürsorgestrategien als auch zu ihrem therapeutischen Werkzeug gehöre.

8.2 Interpretation der Ergebnisse

Im folgenden Kapitel wird versucht, die eingangs gestellten Leitfragen unter Einbezug der im Theorieteil erarbeiteten Literatur zu beantworten und zu interpretieren. Die erste Frage bezieht sich auf die Arbeitszufriedenheit.

Sind Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zufrieden mit ihrem Beruf? Wenn ja, was macht diese Zufriedenheit aus und wenn nein, welches sind die Faktoren der Unzufriedenheit?

Die Ergebnisse vorliegender Arbeit zeigen, dass die befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eine grosse Arbeitszufriedenheit aufweisen. Dies widerspiegelt sich auch in der Einschätzung auf der Skala von 1 bis 10, wobei die Arbeitszufriedenheit einen durchschnittlichen Wert von 9.2 aufweist. Vor allem die Sinnhaftigkeit und die Vielfältigkeit ihrer Arbeit tragen zur Zufriedenheit bei. Betrachtet man das Alter der befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, könnte weiter daraus geschlossen werden, dass der Beruf der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten für einige unter ihnen nicht der Erstberuf ist (von ein paar Personen wurde dies auch explizit erwähnt). Auch das könnte als Erklärung hinzugezogen werden, wieso die Zufriedenheit so gross ist. Einerseits haben sie so Vergleichsmöglichkeiten und andererseits setzt eine Umschulung zur Psychotherapeutin und zum Psychotherapeuten eine hohe Motivation voraus (und könnte daher als Berufung verstanden werden), da der Ausbildungsweg mit Studienabschluss und Weiterbildung im Vergleich zu anderen Berufen erheblich länger ist. Das würde mit Spitzer (2007) übereinstimmen, der sagt, dass Menschen, die ihrer Berufung nachgehen, dies aufgrund der persönlichen Fähigkeiten und Neigungen tun und weil sie das schätzen und gerne machen. Finanzielle Motivatoren, Macht und die Steigerung des Selbstwertgefühls stehen dabei nicht im Zentrum.

Norcross und Guy (2010) sagen, dass sich die Arbeitszufriedenheit mit zunehmender Berufserfahrung erhöht. Da die befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten alle bereits über mindestens fünf Jahre Berufserfahrung verfügen, könnte dies eine Erklärung für die hohe Zufriedenheit sein. Die Person mit der meisten Berufserfahrung (fünfzehn Jahre) ist die einzige, die sich dahingehend äussert, dass ihre Zufriedenheit früher grösser war. Sie wisse zwar selbst nicht, ob dies auf die Arbeitserfahrung oder auf ihr fortgeschrittenes Alter zurückzuführen sei und fügt als Grund an, dass sie eigentlich keine grosse

Möglichkeit mehr habe, einen neuen Berufsweg einzuschlagen. Das könnte darauf hinweisen, dass die Zufriedenheit zwar zunimmt, aber nach einer gewissen Zeit auch wieder abnehmen könnte. Die Zunahme der Arbeitszufriedenheit könnte daher erfolgen, weil man mehr Erfahrung hat, besser weiss was man tut und so vielleicht auch gelassener und auch erfolgreicher wird. Die Abnahme der Zufriedenheit könnte sich dadurch erklären lassen, dass man vielleicht ausgelaugt wird.

Die Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen ist im Gegenzug eher gering. Im Vergleich zur Arbeitszufriedenheit (ohne die Bedingungen miteinzubeziehen), ist die Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen mit einem Wert von 5.9 deutlich tiefer. Diese Unzufriedenheit ist vor allem auf die unzureichende oder tiefere Entlohnung im Vergleich mit anderen Berufsgruppen in diesem Bereich zurückzuführen. Spitzer (2007) weist darauf hin, dass die Arbeitsbedingungen einen grossen Einfluss auf die Zufriedenheit haben. Weiter führt der Autor aus, dass die Zufriedenheit durch die Schaffung der richtigen Arbeitsbedingungen positiv beeinflusst werden kann. Auffallend ist, dass alle befragten Personen Möglichkeiten sehen, wie sie ihre negativen oder nicht zufriedenstellenden Arbeitsbedingungen beeinflussen können. Den Einfluss, den sie nehmen können sehen sie darin, dass sie ihre Bedingungen selber verändern (indem sie bspw. weniger arbeiten damit sie mehr Zeit haben, anderen Interessen nachzugehen oder dass sie ihre Arbeitsbedingungen bewusst vereinfachen) oder bewusst ihre Einstellung dazu ändern können. Auch durch Beharrlichkeit, indem man dran bleibt und nicht aufgibt seien Änderungen möglich. Andere wiederum engagieren sich berufspolitisch. Es kann im Rahmen dieser Masterarbeit gesagt werden, dass die geringe Zufriedenheit mit den Bedingungen nicht zu einer Resignation führt, sondern eher zu kreativen Ideen bezüglich des Umgangs damit. Dabei kann angemerkt werden, dass Leiden und Verärgerung über die benannte Situation und die negativen Arbeitsbedingungen in den Interviews nichtsdestotrotz zu verspüren war.

Die vielen Aspekte, die den Befragten am Beruf Freude bereiten und die sie als nährend empfinden, können wahrscheinlich den negativen Einfluss der Bedingungen zumindest teilweise ausgleichen. Sinngebend sind folglich nicht die Bedingungen, sondern das Ausüben der Tätigkeit mit den damit verbundenen resultierenden positiven Konsequenzen. Auffallend war dazu auch, dass die meisten Aussagen zu der Kategorie, was ihnen an ihrer Arbeit Freude bereite, die Arbeit an und mit den Patienten betraf und nur zwei Aussagen zusätzliche externe Faktoren (die Zusammenarbeit mit Externen und die idealen Bedin-

gungen) genannt wurden. Des Weiteren kann aus diesem Aspekt geschlossen werden, dass die befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten über eine hohe intrinsische Berufsmotivation verfügen. Sie machen ihre Arbeit um ihrer selbst willen, weil sie bspw. Interessen befriedigt und Freude bereitet und nicht, weil sie extern motiviert sind. So könnte man die These aufstellen, dass die Arbeitsbedingungen die Zufriedenheit zwar negativ beeinflussen kann, die Zufriedenheit mit der Arbeit an sich aber nur dann entstehen kann, wenn genügend Motivatoren vorhanden sind.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit zeigt sich, dass sich Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wünschen, dass sie selbstständig über die Grundversicherung abrechnen könnten. Bis anhin ist es so, dass die Leistungen von delegiert arbeitende Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nur dann von der Grundversicherung übernommen werden, wenn sie sich in einem Anstellungsverhältnis von Ärztinnen und Ärzten befinden und ihre Leistungen unter deren Aufsicht und Verantwortung verrechnen. Die andere Variante selbstständig zu arbeiten ist zwar auch möglich, doch müssen hierbei die Kosten von den Patienten selber getragen werden (ausser diese verfügen über eine Zusatzversicherung). Da die Aus- und Weiterbildung und der Titelschutz von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durch das neue Psychologieberufegesetz neu geregelt und schweizweit harmonisiert wird, wird auch die Leistungsabrechnung im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes überprüft und neu geregelt. In welcher Form dies geändert wird, steht bis zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht fest. Dennoch besteht Grund zur Hoffnung, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Zukunft selbstständig über die Grundversicherung abrechnen können. Das würde auch dem Wunsch der befragten Personen dieser Arbeit entsprechen und ist sicher auch ein Verdienst derer, die sich berufspolitisch engagieren.

Was machen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für ihre körperliche, seelische und psychische Gesundheit und welchen Stellenwert nimmt diese für sie ein?

Die befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zählen viele Tätigkeiten auf, die sie für ihr körperliches, seelisches und psychisches Wohlbefinden machen. Die Tätigkeiten sind unter anderem folgende: die Zeit für Ruhe- und Erholungsphasen, das Pflegen von sozialen Kontakten, Weiterbildung, sportliche Aktivitäten und Zeit in der Natur zu verbringen, Wellness zu betreiben, das Beschäftigen mit alltäglichen Aktivitäten und spirituellen Tätigkeiten. Auf die Frage, ob es weitere Faktoren gibt, die zur Gesundheit beitra-

gen, wurden wiederum die Elemente genannt, die bereits unter den Tätigkeiten zusammengefasst wurden. Es gibt demzufolge unter den Aussagen der befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten unterschiedliche Gewichtungen, aber im Grunde genommen werden dieselben Faktoren, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken genannt. Einige der befragten Personen sagen, dass das Wohlbefinden einen direkten Einfluss auf ihre Arbeit hat und diese erheblich beeinflussen kann. Das sieht auch Frank (2000; zit. nach Hoffmann & Hofmann, 2008, S. 10) so, indem er sagt, dass das Wohlbefinden eine wichtige Einflussgrösse für den Therapieerfolg ist.

Der Stellenwert des Wohlbefindens in Bezug auf die Arbeit ist für alle befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten äusserst hoch. Dies zeigt sich ebenfalls in der Einschätzung des Stellenwerts des Wohlbefindens, die mit 9.1 sehr hoch ausfällt. Zudem sind mehr als die Hälfte der Befragten ausschliesslich zufrieden und nur wenige führen aus, dass sie eigentlich gerne noch mehr für ihr Wohlbefinden machen würden. Aus den Ergebnissen wird deutlich, dass ihnen in Bezug auf den Beruf ihr Wohlbefinden und die Gesundheit wichtig sind und sie sich und ihre Bedürfnisse dabei auch ernst nehmen. Anzeichen, die auf eine Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes weisen, sind nicht festzustellen, wobei hier angemerkt werden muss, dass auch nicht explizit danach gefragt wurde. Dieser Aspekt ist nichtdestotrotz spannend, wenn man die Ergebnisse von Reimer et al. (2005) zum Fragebogen zum Gesundheitszustand anschaut. Sie machen darauf aufmerksam, dass sich bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den Bereichen Vitalität, Soziale Funktionsfähigkeit, Emotionale Rollenfunktion und Psychisches Wohlergehen im Vergleich zu anderen Berufsgruppen tiefere Werte zeigen.

Nach Schmidbauer (1983) ist das Trennen zwischen dem Berufs- und dem Privatleben und das Abschalten können (in dem Sinne, dass die Dinge aus der Arbeit nicht weiter als belastend wahrgenommen werden) ebenfalls ein wichtiger Einflussfaktor auf die seelische Gesundheit (vgl. S. 23). Auch hier kann gesagt werden, dass die befragten Personen über vielfältige Taktiken (durch den Arbeitsweg, dadurch, dass es keine pendenten Arbeiten gibt, durch das Beschäftigen mit praktischen Tätigkeiten) verfügen, wie ihnen das gelingt. Auffallend ist, dass mehr als die Hälfte der befragten Personen sagt, dass sie das vor allem im Laufe der Berufsausübung gelernt hätten. Da die befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten alle mindestens sechs Jahre Berufserfahrung haben, könnte dies als Grund für den erfolgreichen Umgang gesehen werden. Demzufolge könnte es sein, dass dies bei

Personen, die noch nicht lange in diesem Berufsfeld arbeiten, deutlich anders aussehen könnte. Offenbar gibt es aber trotzdem Momente oder Fälle, wo die Trennung von Arbeit und Privatleben erschwert ist und wo die Geschichten auch mit ins Privatleben genommen werden. Zum Abschalten an sich muss auch noch gesagt werden, dass einige der Interviewpartner sagen, dass das in Ausnahmefällen auch gar nicht möglich sei. Eine weitere Person führt zudem aus, dass sie nur so weit abschalten muss, bis sie sich frei fühlt. Das weist darauf hin, dass der Umgang damit sehr viel mit dem eigenen Empfinden und mit eigenen Grenzen zu tun hat.

Bezüglich Schutzfaktoren bzw. Ressourcen für die psychische Gesundheit schreibt Steinmann (2005), dass es Ressourcen auf der individuellen Ebene und Ressourcen auf der Ebene der Umwelt gibt. In dieser Arbeit lässt sich aufzeigen, dass die befragten Personen vor allem über viele Ressourcen auf der individuellen Ebene verfügen. So wird gesagt, dass sie folgende Eigenschaften als Ressourcen sehen: Sich selber motivieren können, Humor, Geduld, Offenheit, Optimismus, Bildung und Intelligenz und Lebenserfahrung. Als Ressourcen auf der Ebene der Umwelt können die Familie, das soziale Umfeld und bestimmte Theoretiker subsumiert werden. Daraus kann man schlussfolgern, dass die befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten über genügend Schutzfaktoren für den Erhalt ihrer psychischen Gesundheit verfügen, was gleichbedeutend ist mit einer gesunden und funktionierenden Selbstfürsorge.

Wie betreiben Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Selbstfürsorge und welche Bedeutung hat diese für sie?

Die befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verfügen über vielfältige Selbstfürsorgestrategien. Perry (2002) teilt die Selbstfürsorgestrategien in körperliche, psychologische, emotionale, arbeitsbezogene und spirituelle Strategien ein. Reddemann (2003) hingegen teilt die verschiedenen Strategien zur Psychohygiene in „individuell persönliche Psychohygiene“, „professionelle Psychohygiene“ und „soziale Psychohygiene“ ein. Um die Übersichtlichkeit zu gewährleisten, werden die in der vorliegenden Arbeit generierten Selbstfürsorgestrategien anhand der Einteilung von Perry (2002) vorgenommen. Als körperliche Strategien werden sportliche Aktivitäten und ausreichend Schlaf genannt. Als psychologische Strategien werden das bewusste Abgeben von Verantwortung und das sich Getrauen aus einer Therapie auszusteigen, wenn es aus verschiedenen Gründen nicht

mehr weitergeht, erwähnt. Als emotionale Strategie kann die bewusste Selbstbeobachtung gesehen werden und als arbeitsbezogene Strategien, das bewusste Einlegen von Pausen, genügend Erholungszeiten und der Austausch mit Fachpersonen. Zu den spirituellen Strategien gehören meditative und schamanische Tätigkeiten.

Diese Vielfalt an Strategien zeigt analog Norcross und Guy (2010), dass es keine Strategie gibt, die als Wunder- und Heilmethode für Selbstfürsorge eingesetzt werden kann. Vielmehr ist es die Vielfalt der Strategien und liegt im persönlichen Ermessen und Bedürfnis jeder Person, was ihr hilft, mit Belastungen umzugehen und was sie für ihre persönliche Selbstfürsorge tut. Hervorzuheben ist der fachliche Austausch, der sehr geschätzt wird und dem auch in der Therapieweiterbildung einen grossen Stellenwert zukommt.

Zu Recht weist Reddemann (2003) darauf hin, dass der Aspekt der Freude bei diesen Tätigkeiten nicht vergessen gehen sollte. Es gehe nicht darum, ein Programm an Selbstfürsorgestrategien abzuarbeiten. Zudem lässt sich festhalten, dass theoretisches Knowhow von Strategien noch nicht ihre Anwendung impliziert. Wenn jemand über viele Strategien verfügt, heisst das noch lange nicht, dass sie auch explizit und fortwährend angewendet werden. Die Mehrheit der befragten Personen sagt zwar, dass ihr theoretisches Wissen mit den praktisch angewendeten Selbstfürsorgestrategien übereinstimmt. Dennoch gibt es einzelne Personen die ausführen, dass sie theoretisch eigentlich schon noch mehr wüssten. Eine Person führte aus, dass für sie in Zeiten, in denen es ihr gut geht, selbstverständlich sei, sich um ihre Selbstfürsorge zu kümmern. In Zeiten aber, in denen es ihr weniger gut gehe, falle es ihr dementsprechend schwerer. Das könnte darauf hindeuten, dass das Achten auf die eigene Selbstfürsorge ein bewusster Umgang und auch Motivation voraussetzt.

Praktisch alle befragten Personen sind der Meinung, dass die Selbstfürsorge für den Beruf der Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten eminent wichtig ist. Die grosse Bedeutung der Selbstfürsorge zeigt sich ebenfalls in der Einschätzung des Stellenwerts der Selbstfürsorge, die mit 9.1 sehr hoch ausfällt. Eine bewusste Selbstfürsorge könne ebenfalls als Burnout-Prophylaxe angeschaut werden. Eine Person sagte zu Beginn des Interviews, dass sie den Wortlaut „Selbstfürsorge“ an sich zu unproblematisch finde (siehe auch Kapitel 9.1). Dieselbe Person meint, dass eine gute Theorie, in der man denken und arbeiten könne, als Burnout-Prophylaxe verstanden werden kann. Daher lässt sich bei eben dieser Person vermuten, dass das theoretische Wissen für sie eine grosse Hilfe und Unterstüt-

zung darstellt um mit belastenden Situationen umzugehen. Dass die Selbstfürsorge von grosser Bedeutung ist zeigt sich auch darin, dass alle befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sagen, dass das Thema auch in die Arbeit mit ihren Patientinnen und Patienten einfließt. Teilweise auf Wunsch der Patientinnen und Patienten selber, aber auch, weil es für die Befragten selber ein wichtiges Thema ist.

Mit welchen Strategien meistern Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten schwierige Situationen während der Therapiesitzung (im konkreten Moment) und unmittelbar danach?

Bei der vorangehenden Leitfrage wurde deutlich, dass die befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten über vielfältige Selbstfürsorgestrategien verfügen und sie sich vor allem auf ausserberufliche Tätigkeiten beziehen. Nach Trost (1999) ist es aber auch wichtig, dass man in der alltäglichen Berufspraxis psychohygienische Massnahmen einbindet, die einem in schwierigen Momenten während der Therapiesituation helfen. Er spricht vor allem von imaginativen und körperbezogenen Strategien. Zudem sagt der Autor, dass es wichtig sei, dass die Erwartungen zu Beginn der Therapie geklärt werden, da dies unnötige Stressoren eliminieren kann. Bezüglich des Thematisierens von Erwartungen kann in dieser Arbeit gesagt werden, dass die befragten Personen damit unterschiedlich umgehen. Einige von ihnen klären die Erwartungen bewusst zu Beginn einer Therapie. Wiederum andere sagen, dass sie nicht klar sagen können, was ihre Patientinnen und Patienten von ihnen erwarten. Um zu definieren, welche Strategien die befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten anwenden um mit schwierigen Situationen umzugehen, wird zuerst kurz dargestellt, welche Situationen überhaupt als herausfordernd bzw. schwierig empfunden werden.

Mehr als die Hälfte der befragten Personen sind sich einig, dass schwierige Situationen während der Therapiesitzung auch mit dem Störungsbild der Patientinnen und Patienten zusammenhängt. Vereinzelt als schwierig empfunden wird auch ein gewisses Patientenverhalten (das Ende nicht zulassen wollen, nicht gelebte Emotionen, ununterbrochen auf sie einreden, Anschuldigungen, suizidale Patienten) oder die Auseinandersetzung mit verzweifelten Angehörigen und die Konfrontation mit belastenden Themen. Dies deckt sich mit den Aussagen der Autoren Hoffmann und Hofmann (2008). Aufgrund der Analyse der Ergebnisse kann ihm Rahmen vorliegender Arbeit gesagt werden, dass die befragten Psycho-

therapeutinnen und Psychotherapeuten im Sinne von Trost (1999) Selbstfürsorgestrategien in die alltägliche Berufspraxis einbinden und somit in der Therapiesituation anwenden. Dabei werden folgenden Strategien erwähnt: Sich vom Geschehen distanzieren um eine mentale Pause einzulegen, der Wechsel in die Beobachterperspektive, die Option, sich Unterstützung zu holen, regelmässiges Trinken, Selbstbeobachtung seiner Körperhaltung und des körperlichen Wohlbefindens (mit der Möglichkeit, in schwierigen Situationen die Körperhaltung zu wechseln), Wechsel auf die Metaebene, das bewusste Spiegeln, bewusste Atmung und ein „Sowohl-als-auch-Denken“.

Als Strategien, die unmittelbar nach der Therapiesituationen angewendet werden, werden das Gespräch mit Arbeitskollegen und auch mit der Familie, das Mitnehmen des Themas in die Supervision oder in die Intervision, das Ausführen von Ritualen, das Verfassen von Notizen und körperliche Bewegung genannt.

Im Gegensatz zu den in den vorherigen Kapiteln besprochenen Selbstfürsorgestrategien sind die Selbstfürsorgestrategien während der Therapiesituation vor allem imaginativer und körperbezogener und diejenigen nach den Sitzungen vor allem verbaler Art. Zusätzlich hat eine befragte Person explizit erwähnt, dass sie das Instrument der Übertragungs- und Gegenübertragungsarbeit verwendet, um schwierige Situationen während der Therapiesitzung anzuschauen. Auf den Einsatz des Gegenübertragungsgphänomens als wichtiges und wertvolles diagnostisches und therapeutisches Instrument, wurde bereits im Literaturteil verwiesen. Diesbezüglich kann die Vermutung aufgestellt werden, dass die Selbstfürsorgestrategien im Zusammenhang mit der jeweiligen Psychotherapierichtung der befragten Person steht.

Wie aus den Interviews herauszulesen ist, gehen die Meinungen darüber auseinander, ob der Umgang mit belastenden Situationen ein Teil der Selbstfürsorge ist oder ob er zum therapeutischen Werkzeug gehört. Es könnte die Vermutung aufgestellt werden, dass durch zunehmende Berufserfahrung die Grenzen zwischen Selbstfürsorge und therapeutischem Werkzeug ineinander fließen und eine Abgrenzung während der Therapiesitzung gar nicht möglich ist. Abschliessend kann festgehalten werden, dass das was vor und nach der Therapiesitzung geschieht relativ klar zugeordnet werden kann, während beim Umgang innerhalb der Therapiesitzung die Grenzen zwischen Selbstfürsorge und therapeutischem Werkzeug fließend sind.

9 Schlusswort

Dieses Kapitel beinhaltet eine kritische Stellungnahme über den ganzen Arbeitsprozess und die Methodik, unter Einbezug der Reflexion der Gütekriterien, weiterführende Gedanken und Implikationen für die Praxis.

9.1 Kritische Stellungnahme

Zu den inhaltsanalytischen Gütekriterien lässt sich sagen, dass das ganze Verfahren und der Forschungsprozess so genau wie möglich dokumentiert wurden, damit der Prozess verständlich und nachvollziehbar ist. Es wurde ebenfalls versucht, alle Interpretationen argumentativ zu begründen und die Vorgehensweise ist systematisch erfolgt. Die Nähe zum Gegenstand wird dadurch erreicht, in dem möglichst nahe an die Alltagswelt der Beforschten angeknüpft wird. Dieses Kriterium konnte insofern gewährleistet werden, als dass die Interviews mit den befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in ihren Praxen und teilweise auch bei ihnen zu Hause stattgefunden haben. Der kommunikativen Validierung wurde aufgrund der zeitlichen Ressourcen leider zu wenig Beachtung geschenkt. Den befragten Personen wurde angeboten, dass ihnen die Transkripte hätten zugestellt werden können. Davon hat jedoch nur eine Person Gebrauch gemacht. Die Rückmeldung dieser Person besagte, dass sie das Gefühl hatte, dass ihre Gedanken oftmals gar nicht zu Ende geführt waren und demnach recht unverständlich blieben. Es zeigte sich, dass es sicher von Vorteil gewesen wäre, wenn auch die Ergebnisse den Beforschten vorgelegt und mit ihnen darüber diskutiert worden wäre. Dem Kriterium der Triangulation wurde insofern Beachtung geschenkt, als dass mit der Skala-Einschätzung eine weitere Methode hinzugezogen wurde und die Zuordnung zu den Kategorien in einem Probelauf von einer weiteren Person durchgeführt wurde. Somit kann gesagt werden, dass die inhaltsanalytischen Gütekriterien in vorliegender Arbeit zumindest mehrheitlich erfüllt sind.

Als kritischer Punkt könnte die Stichprobengröße erwähnt werden. Mit zehn befragten Personen ist sie relativ klein. Zudem muss erwähnt werden, dass die Einschlusskriterien der Teilnehmenden mit mindestens fünf Jahren und maximal fünfzehn Jahren Berufserfahrung und einem Arbeitspensum von mindestens 60% sehr eng sind. Zudem wäre es im Nachhinein betrachtet sinnvoller gewesen, nur Personen zu befragen die selbstständig oder delegiert arbeiten. Denn es zeigten sich bei der Person, die in einem ambulanten Setting tätig ist, zum Teil andere Ergebnisse. Dies ist unter anderem auf die unterschiedliche Art

der Anstellung zurückzuführen. Zudem musste festgestellt werden, dass bereits bei der Kontaktaufnahme über gewisse Dinge besser hätte informiert werden sollen. So zeigte sich eine Person erstaunt darüber, dass das Interview digital aufgezeichnet wurde und es wurde der Wunsch geäußert, dass sie bereits bei der Kontaktaufnahme darüber hätte aufgeklärt werden wollen. Im Schreiben zur Stichprobengewinnung wurde lediglich erwähnt, dass die Interviews vertraulich behandelt und anonymisiert werden und dass die Möglichkeit besteht, die Transkripte gegenzulesen. Ebenso hätte noch sorgfältiger abgeklärt werden sollen, ob die Personen den Kriterien auch wirklich entsprechen. Bei einer Interviewperson hat sich im Nachhinein gezeigt, dass sie eher im Bereich Beratung und Coaching tätig ist. Daher wurde dieses Interview im Nachhinein ausgeschlossen und eine neue Person angefragt.

Weiter könnte sich der hohe Stellenwert der Selbstfürsorge auch damit begründen lassen, dass sich fast nur Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Interviewpartnerinnen und -partner zur Verfügung gestellt haben, die Interesse an ebendiesem Thema haben und es als wichtig empfinden. Personen, die vielleicht gerade sehr ausgelastet sind oder das Thema als nicht sehr wichtig ansehen, haben vielleicht kein Interesse, sich Zeit für ein Interview zu nehmen. Es wäre natürlich sehr spannend gewesen, wenn auch solche Personen zum Thema Selbstfürsorge hätten befragt werden können.

Eine Schwierigkeit hat sich in Bezug auf die Definition des Begriffs Selbstfürsorge gegenüber den Befragten herausgestellt. Der Begriff wurde bewusst nicht definiert, da in der vorliegenden Arbeit herausgefunden werden sollte, was die Befragten selbst unter dem Begriff der Selbstfürsorge verstehen und über welche Strategien sie in diesem Bereich verfügen. Es wurde möglichst wenig vordefiniert, damit den befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ein möglichst grosser Spielraum gegeben werden konnte. Dennoch hätte es für die befragten Personen hilfreich sein können, wenn der Begriff vorab definiert worden wäre.

Ebenfalls kritisiert werden könnte die Frage nach dem Stellenwert des Wohlbefindens, da das Wohlbefinden sicher allgemein sehr wichtig ist und sich nicht nur auf den Beruf bezieht bzw. mit dem Beruf in Verbindung gebracht werden kann. Der Stellenwert wurde trotzdem in der Arbeit aufgeführt, da die Wichtigkeit dieses Aspektes aufgezeigt werden

sollte. Da dieser Aspekt zudem bereits in die Interviewplanung einfluss, hätte das Weglassen andere Ergebnisse verfälschen können.

Weiter muss kritisch angemerkt werden, dass sich die Tätigkeiten der befragten Personen für ihr Wohlbefinden mit den Selbstfürsorgestrategien teilweise überschneiden haben und es so zu einer geringen Trennschärfe der beiden Bereiche führte. Daraus resultierte auch, dass es bei gewissen Kategorien ähnliche Subkategorien gegeben hat. Es stellte sich heraus, wie eigentlich auch angenommen, aber für die Untersuchung zu wenig berücksichtigt, dass diese einzelnen Bereiche Arbeitszufriedenheit, Wohlbefinden und Selbstfürsorge nicht klar zu trennen sind.

Um die Anonymität der Interviewpartnerinnen und -partner zu gewährleisten, werden die vollständigen Transkripte in dieser Arbeit nicht veröffentlicht und sind nur der Verfasserin der Arbeit zugänglich. Es werden ausschliesslich Aussagen aus den transkribierten Interviews zitiert, um die Subkategorien mit Ankerbeispielen zu unterlegen, die wiederum im Ergebnisteil einfließen. Das ist insofern schade, als dass die Transkripte allesamt äusserst spannend zu lesen sind. Weiter ist es bedauerlich, dass die Aussagen der befragten Personen vielleicht zum Teil nicht ganz verständlich sind und die - in mancher Hinsicht sehr durch die Therapierichtung gefärbten - Erklärungen nicht mitberücksichtigt werden konnten.

Weiter wurden die befragten Personen nach dem Familien bzw. Beziehungsstand gefragt. Dieser Aspekt wurde aber aufgrund der Anonymisierung nicht in die Untersuchung miteinbezogen. Die Qualität von persönlichen Beziehungen hat sicherlich auch einen grossen Einfluss auf die Zufriedenheit an sich und ist damit mit der Selbstfürsorge verbunden und wird deshalb auch von einigen der befragten Personen als wichtiger Schutzfaktor für berufsbedingte Belastungen angesehen. Leider können dazu im Rahmen vorliegender Arbeit keine weiteren Ausführungen gemacht werden.

9.2 Weiterführende Gedanken

Sicher sehr interessant gewesen wäre, wenn vertieft auch der Einfluss der Therapierichtung angeschaut worden wäre. Bei der Erstellung des Interviewleitfadens wurde aufgrund der Zeit bewusst darauf verzichtet, bei der Auswertung hingegen zeigte sich, dass es ein wirk-

lich spannender Punkt gewesen wäre, der nicht hätte ausgelassen werden sollen. Hier könnte die These aufgestellt werden, dass die ursprünglich erlernte Therapierichtung je länger je mehr nicht mehr so wichtig ist, da immer stärker eklektisch gearbeitet wird und auch in anderen Therapierichtungen Weiterbildungstage absolviert werden müssen. Was auch sein könnte ist, dass die Selbstfürsorge viel mit dem Berufsbild des Psychotherapeuten in den jeweiligen Richtungen zu tun hat. Auch was das Thematisieren der Erwartungen betrifft, könnte von der Therapierichtungen und den dazugehörigen Methoden beeinflusst werden. Dieser Aspekt könnte in einer weiteren Untersuchung analysiert werden.

Aufgrund der Anonymisierung wurde bewusst nur nach der ersten Therapieweiterbildung und nicht nach Fortbildungen und allfälligen Spezialisierungen gefragt. Das ist insofern schade, als dass nicht darauf eingegangen werden konnte, ob besser ausgebildete Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit den berufsbedingten Belastungen anders beziehungsweise besser umgehen können. Das würde in die Richtung der Aussagen der Autoren Lups, et al. (2012) gehen, die in einer Untersuchung darauf gestossen sind, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die mit traumatisierten Patientinnen und Patienten arbeiten und im Bereich der Psychotraumatologie Fortbildung besucht haben, über eine grössere Arbeitszufriedenheit und verfügen und weniger belastet sind als die Vergleichsgruppe.

Da sich vor allem ältere Personen als Interviewpartnerinnen und -partner gemeldet haben (was zum Teil auf die Einschlusskriterien zurückzuführen ist), wäre es interessant, herauszufinden, in welchem Zusammenhang das Alter und die Selbstfürsorge stehen. Bei den Ergebnissen vorliegender Arbeit zeigte sich bereits die Tendenz, als dass drei der befragten Personen sagen, dass die Selbstfürsorge mit zunehmendem Alter wichtiger wird, da sie sich und ihre Bedürfnisse wichtiger nehmen. Demzufolge könnte vermutet werden, dass das Thema der Selbstfürsorge vor allem mit zunehmendem Alter an Bedeutung gewinnt.

In dieser Arbeit nicht befragt wurden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die im stationären Bereich tätig sind. Es wird davon ausgegangen, dass sie die Belastungen ihres Berufs anders wahrnehmen und demzufolge die Selbstfürsorge eine andere Bedeutung hat und auch die jeweiligen Selbstfürsorgestrategien anders aussehen könnten. Ob dem wirklich so ist, was Gemeinsamkeiten und Unterschiede sein könnten, wäre ein weiterer spannender Punkt, auf den in einer weiteren Untersuchung eingegangen werden könnte.

Ebenfalls spannend wäre im Bereich der Geschlechterforschung herauszufinden, welche Unterschiede und Gemeinsamkeiten sich bezüglich Frauen und Männern zeigen. Dasselbe könnte auch mit delegiert und selbstständig Arbeitenden gemacht werden, was in vorliegender Arbeit, aufgrund der kleinen Stichprobe bewusst nicht gemacht wurde. Ein weiterer interessanter Punkt (der in dieser Arbeit nicht weiter ausgeführt wurde) ist, dass die befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Frage, wie viele Klientinnen und Klienten pro Woche einem 100%-Pensum entsprechen, unterschiedlich beantwortet haben. Betrachtet man die Antworten der delegiert und der selbstständig Arbeitenden ergibt sich eine Spannweite von 20 bis 40 Klientinnen und Klienten pro Woche. Es kann davon ausgegangen werden, dass die eigene Selbstfürsorge und auch die Arbeitszufriedenheit sicherlich auch mit diesem Punkt in Verbindung stehen.

Für weitergehende Studien könnten aufgrund der Ergebnisse folgende Hypothesen aufgestellt werden:

H1: Je mehr Veränderungsmöglichkeiten der Arbeitsbedingungen gesehen werden, desto höher ist die Arbeitszufriedenheit.

H2: Die Selbstfürsorge gewinnt mit zunehmendem Alter an Bedeutung.

H3: Die Selbstfürsorgestrategien während der Therapiesituation sind vor allem imaginativer und körperbezogener und diejenigen unmittelbar nach den Sitzungen, vor allem verbaler Art.

H4: Die Grenzen zwischen Selbstfürsorge und therapeutischem Werkzeug sind im Umgang mit belastenden Situationen innerhalb der Therapiesitzung fließend.

9.3 Implikationen für die Praxis

Aufgrund der Ergebnisse vorliegender Arbeit kann gesagt werden, dass die Selbstfürsorge einen wichtigen Bereich darstellt, um die Arbeit für sich selber, aber auch für die Klientinnen und Klienten zufriedenstellend auszuführen. Da die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in ihrem Beruf vielseitigen Belastungen ausgesetzt sind, wäre es wünschenswert, wenn dies auch in den Arbeitsbedingungen berücksichtigt werden würde. Dies indem sie beispielsweise durch eine bessere Entlohnung weniger Klientinnen und Klienten nehmen müssten. Wenn sie unabhängiger Arbeiten könnten, indem sie selbstständig über die Grundversicherung abrechnen könnten, würde ihnen auch ein Teil der gesellschaftlichen Wertschätzung entgegengebracht.

Weiter ist es eminent wichtig, dass das Thema der Selbstfürsorge weiterhin in die Curricula der Weiterbildungstudiengänge einfließt. Wünschenswert wäre es auch, vor allem für Berufsanfängerinnen und Berufsanfänger, wenn das Thema bereits im Studium zur Sprache kommen würde und die Studierenden dafür sensibilisiert würden – als Vorbereitung für die Praktika und den Berufseinstieg. In den USA gibt es beispielsweise „Selbstfürsorgeseminare“, die in die Ausbildung integriert werden. Die Bearbeitung des Themas ist auch wichtig, da die befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sagen, dass es sich auf sie persönlich negativ auswirkt, wenn sie zu wenig Zeit für die eigene Selbstfürsorge haben. Ermüdungserscheinungen, Unzufriedenheit, Interessenverlust und Konzentrationsschwierigkeiten könnte so proaktiv entgegengewirkt werden.

Die Vermutung liegt aufgrund der heterogenen Antworten der befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nahe, dass diese Personen über vielfältige Strategien sowohl im Allgemeinen, aber auch während und nach der Therapiesituation verfügen und das Thema Selbstfürsorge sehr unterschiedlich wahrgenommen wird und demnach ein sehr individuelles und persönliches Thema darstellt.

10 Literaturverzeichnis

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese – zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Baumeister, S. (2011). „Hiflose Helfer“ nützen nichts und niemandem. *Personalmagazin*, 08, 74.
- Boessmann, U. (2006). Psychohygiene für Ärzte und Therapeuten: Der schonende Umgang mit der Übertragung und Gegenübertragung. In Jork, K. & Peseschikian, N. (Hrsg.), *Salutogenese und Positive Psychotherapie. Gesund werden – gesund bleiben* (2. überarb. und ergän. Aufl., S. 63-69). Bern: Huber.
- Bremi, R. (2011). *Ressourcen in der Gesundheitspsychologie und der Entwicklungspsychologie*. Unpubl. Vorlesungspräsentation, ZHAW (Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften), Departement angewandte Psychologie, S. 3.
- Brentrup, M. (2002). Selbstsorge und Self-care. Über den Zusammenhang zwischen Helfen, Gesundheit und Wirksamkeit von Psychotherapeuten, *Systema* 16 (1), 50-64.
- Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). *SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand*. Göttingen: Hogrefe.
- Deringer, C. (2011). *Gesundheitspsychologie*. Unpubl. Vorlesungspräsentation, ZHAW (Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften), Departement angewandte Psychologie, S. 15.
- Fengler, U. (1997). Burnout und Psychohygiene. In Janssen, P. L., Cierpka, M. & Buchheim, P. (Hrsg.), *Psychotherapie als Beruf* (S. 83-95). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Fengler, J. (2001). *Helfen macht müde. Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflichen Deformation* (6. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

- Fioritto, L. (2010). *Das Selbstfürsorgeverhalten von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Erste Erhebung mit der deutschen Version des Five Factor Wellness Inventory (5F-WEL)*. Unveröffentlichte Masterarbeit, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Psychologie.
- FSP (2003). Fortbildungsrichtlinien FSP. [On-line]. Available: http://www.psychologie.ch/fileadmin/user_upload/dokumente/dokumentation/richtlinien_fortbildung.pdf
- Guy, J.D. (1987). *The Personal Life of the Psychotherapist*. New York: Wiley.
- Haubl, R. (2012). *Praxis der Selbstfürsorge. Studie : Arbeit und Leben in Organisationen 2011. Risikofaktoren für Arbeitsqualität und physische Gesundheit* [On-line]. Available: http://www.dgsv.de/wp-content/uploads/2012/03/wp4_haubl_selbstfuersorge_ergebnisa+l2011.pdf
- Helfferich, C. (2009). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (3. überarb. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hoffmann, N. & Hofmann, B. (2008). *Selbstfürsorge für Therapeuten und Berater*. Weinheim: Beltz.
- Iben, G. (1975). Psychohygienische Probleme im gegenwärtigen Bildungssystem der Bundesrepublik Deutschland. In Ehrhardt, E. (Hrsg.), *Aggressivität – Dissozialität – Psychohygiene* (S. 106-122). Bern: Huber.
- Jaeggi, E. (2001). *Und wer therapiert die Therapeuten* (3. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kanfer, F. H. (2012). Der Therapeut als Person. In Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (Hrsg), *Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik* (5. korr. und durchges. Aufl.). Berlin: Springer.
- Keller, K. (2009). *Psychotherapeuten und ihr Beruf – Burnout oder Zufriedenheit?* [On-line]. Available: <http://therapeutennews.de/?p=207>

- Linneweh, K. (2002). *Stresskompetenz. Der erfolgreiche Umgang mit Belastungssituationen in Beruf und Alltag*. Weinheim: Beltz.
- Lups, F., Kliem, S. & Kröger, C. (2012). Sekundäre Traumatisierung. Eine Umfrage unter Psychotherapeuten. *Psychotherapeutenjournal*, 2, 94-99.
- Mahoney, M. J. (1991). *Human Change Processes*. New York: Basic Books.
- Mayring, Ph. (2002). *Einführung in die Qualitative Sozialforschung* (5. Aufl.). Basel: Beltz.
- Mayring, Ph. (2003). Gesundheit und Wohlbefinden. In Jerusalem, M. & Weber, H. (Hrsg.), *Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention* (S. 1-15). Göttingen: Hogrefe.
- Mayring, Ph. (2008). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlage und Techniken* (10. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Meng, H. (1959). Seelischer Gesundheitsschutz – eine individuelle und gesellschaftliche Aufgabe. In Bettschart, W., Meng, H. & Stern, E. (Hrsg.), *Seelische Gesundheit. Erhaltung, Erziehung, Verantwortung. Arbeiten aus dem Aufgabengebiet der Psychohygiene* (S. 333-335). Bern: Huber.
- Mierke, K. (1967). *Psychohygiene im Alltag*. Bern: Stuttgart.
- Norcross, J. C. & Guy, J. D. Jr. (2010). *Lassen Sie es in Ihrer Praxis. Wie Psychotherapeuten für sich selbst sorgen können*. Bern: Huber.
- Perry, B. D. (2002). *The Cost of Caring: Secondary Traumatic Stress and the Impact of Working with High-Risk Children and Families*. Lesson 3 [On-line]. Available: http://www.childtraumaacademy.com/cost_of_caring/index.html
- Petermann, F. & Schmidt, M. H. (2006). Ressourcen – ein Grundbegriff der Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychopathologie? *Kindheit und Entwicklung* 15 (2), 118-127.

- Pross, C. (2009). *Verletzte Helfer. Umgang mit dem Trauma: Risiken und Möglichkeiten sich zu schützen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reddemann, L. (2003). Einige Überlegungen zur Psychohygiene und Burn-out-Prophylaxe von TraumatherapeutInnen. Erfahrungen und Hypothesen. *Zeitschrift für Psycho-traumatologie & Psychologische Medizin*, 1 (1), 79-85.
- Reddemann, L. (2005). Selbstfürsorge. In Kernberg, O. F., Dulz, B. & Eckert, J. (Hrsg.), *WIR: Psychotherapeuten über sich und ihren „unmöglichen“ Beruf* (S. 563-568). Göttingen: Hogrefe.
- Reimer, C. (1997). Gefahren bei der Ausübung des psychotherapeutischen Berufes. *Psychotherapeut*, 42, 307-313.
- Reimer, C, Jurkat, H. B., Vetter, A. & Raskin, K. (2005). Lebensqualität von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten - eine Vergleichsuntersuchung. *Psychotherapeut*, 50, 107-114.
- Reimer, C. (2007). Ethische Aspekte der Psychotherapie. In Reimer, C., Eckert, J., Hautzinger, M. & Wilke, E. (Hrsg.), *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen* (3. Aufl., S. 745-759). Heidelberg: Springer.
- Ruoss, M., Ochs, M. & Jeschke, K. & Peplau, L. (2012). Berufssituation, Zufriedenheit und Zukunftsperspektiven von Neuapprobierten PP/KJP. Ergebnisse einer Umfrage aus dem Jahr 2011. *Psychotherapeutenjournal*, 2, 105-114.
- SBAP (2002). *Berufsordnung* [On-line]. Available:
<https://secure.sbap.ch/derSbap/pdf/BerufsordnungSBAP.pdf>
- SBAP (2002). *Richtlinien für den Fachtitel PsychotherapeutIn SBAP*. [On-line]. Available:
<https://secure.sbap.ch/mitgliederbereich/fachtitel/SBAP-FT-PT-Richtlinien.pdf>
- Schmidbauer, W. (1983). *Helfen als Beruf. Die Wahre Nächstenliebe*. Reinbek bei Hamburg: Rowolt.
- Schmidbauer, W. (1977). *Die hilflosen Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe*. Reinbek bei Hamburg: Rowolt.

- Schröder, H. (2006). Tägliche Psychohygiene hält körperlich und seelisch gesund. *Müggelheimer Bote*, 13 (12), 8.
- Sonnenmoser, M. (2009). Selbstfürsorge: Eine Aufgabe fürs Leben. Reihe: Ethik in der Psychotherapie. *Deutsches Ärzteblatt*, 7, 307-308.
- Spitzer, M. (2007). *Vom Sinn des Lebens. Wege statt Werke*. Stuttgart: Schattauer.
- Steinemann, R. M. (2005). *Psychische Gesundheit – Stress. Wissenschaftliche Grundlagen für eine nationale Strategie zur Stressprävention und Förderung psychischer Gesundheit in der Schweiz* [On-line]. Available: http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf_doc_xls/d/betriebliche_gesundheitsfoerderung/grundlagen_wissen/PsychGesundheit_abstract_de.pdf
- Strauss, B. & Freyberger, H. J. (2010). Supervision als zentraler Bestandteil professioneller Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 55, 453-454.
- Trost, A. (1999). Psychohygiene – Hilfe für Helfer. In Schwarzer, W. & Trost, A. (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie für psycho-soziale und pädagogische Berufe* (3. Aufl., S. 405-423). Dortmund: Bergmann.
- Von Rad, M. (1997). Psychotherapie als Beruf. In Janssen, P. L., Cierpka, M. & Buchheim, P. (Hrsg.), *Psychotherapie als Beruf* (S. 27-41). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Weinert, A. B. (2004): *Organisations-und Personalpsychologie* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Weiss, W. (2009). *Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen* (5. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Willutzki, U. Ambühl, H. Cierpka, M., Meyerberg, J & Orlinsky, D. (1997). Zufrieden oder ausgebrannt: Die berufliche Moral von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. In P. Janssen, M. Cierpka & P. Buchheim (Hrsg.), *Psychotherapie als Beruf* (S. 207-222). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. Forum Qualitative Sozialforschung 1 (1) [Online Journal]. Available:

<http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2519>

Zapf, D. (1994). Arbeit und Wohlbefinden. In Abele, A. und Becker, P. (Hrsg.), *Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik* (2. Aufl.). Weinheim: Juventa.

Anhang

A. Schreiben zur Stichprobengewinnung.....	A
B. Interviewleitfaden.....	B - F
C. Einwilligungserklärung der Probanden.....	G
D. Transkriptionsregeln.....	H
E. Kodierleitfaden.....	I - Y

A. Schreiben zur Stichprobengewinnung

Liebe Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Bereits 2010 wurde von einer Studentin in „Angewandte Psychologie“ der ZHAW in Zürich in ihrer Masterarbeit das Selbstfürsorgeverhalten von Psychotherapierenden in der Schweiz anhand des ins Deutsche übersetzten „Five Factor Wellness Inventory (5F- WEL-A-G)“ quantitativ untersucht.

Mit meiner Masterarbeit in Klinischer Psychologie möchte ich dies vertiefen und nun mittels Interviews untersuchen, über welche individuellen Selbstfürsorgestrategien (kognitive, emotionale, philosophisch-religiöse etc.) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verfügen, was Psychohygiene für sie bedeutet und wie sie damit umgehen. Zu diesen Themen möchte ich im August und im September mit ca. 10 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ein ausführlicheres Interview durchführen.

Da die Arbeitszufriedenheit und die Berufserfahrung eine wichtige Rolle in Bezug auf die verschiedenen Selbstfürsorgestrategien spielen und um meine Arbeit eingrenzen zu können, richte ich mich an Therapeutinnen und Therapeuten, die zwischen 5 und 15 Jahren Berufserfahrung haben.

Kriterien für die Teilnahme:

- Master, Lizentiat oder ein Diplom in Psychologie (FH oder Uni)
- Abgeschlossene Psychotherapieausbildung (Verhaltenstherapie, Psychoanalyse, systemische Therapie, Gesprächstherapie, Körpertherapie oder andere humanistische Richtung)
- Mindestens 5 und maximal 15 Jahre Berufserfahrung im ambulanten Setting oder in der freien Praxis (delegiert oder selbstständig)
- Arbeitspensum zu mindestens 60%

Dauer des Gesprächs: rund 1 Stunde

Zeitraum: ab dem 6. August 2012 bis 21. September 2012

Ort: in der Praxis der Therapierenden oder an der ZHAW in Zürich

Die Interviews werden selbstverständlich vertraulich behandelt und anonymisiert. Es besteht die Möglichkeit, die Interviews nach der Transkription gegenzulesen. Die Ergebnisse meiner Untersuchung stelle ich Ihnen auf Wunsch gerne in pdf-Format zu.

Falls Sie an der Studie teilnehmen möchten, freue ich mich über eine Kontaktnahme per Telefon oder Mail.

Ich freue mich über viele Gesprächspartnerinnen und -partner und interessante Gespräche.

Freundliche Grüsse

Céline-Anne Vuille
Masterstudentin „Angewandte Psychologie“, ZHAW
vuillcel@students.zhaw.ch
078 xxx xx xx

B. Interviewleitfaden

Interviewleitfaden			
Interviewnummer		Datum	
Ort		Zeit	
Dauer		...	

Einführung	
Begrüssung	Danken für die Bereitschaft sich als Interviewpartner/in zur Verfügung zu stellen. → Möglichkeit, das Interview auf Schriftdeutsch oder in Dialekt durchzuführen.
Ziel und Zweck	<ul style="list-style-type: none"> • Masterarbeit an der ZHAW, Departement P • Thema der Masterarbeit • Grund für das gewählte Thema
Ablauf des Interviews	<ul style="list-style-type: none"> • Informationen zum Interview • Persönliche Angaben • Interview-Leitfaden (offene Fragen, z. T. können Verständnisfragen gestellt werden und ein paar Skalen-Fragen von 1-10) • Abschluss – Möglichkeit für Rückfragen • Dauer: ca. eine Stunde
Anonymisierung und Einwilligungserklärung	<ul style="list-style-type: none"> • Das Interview wird digital aufgezeichnet, wörtlich transkribiert und nach der vollständigen Transkription wieder gelöscht. • Vollständig anonymisierte Transkription wird während 5 Jahren gemäss den Vorgaben der Hochschule von der Verfasserin aufbewahrt. • Es erfolgt eine Anonymisierung (alle Personen-, Orts-, Strassenamen etc. werden verändert). Einzig das Alter (Range), die Therapierichtung, die Art der Anstellung (angestellt oder selbstständig), das Arbeitspensum und die Dauer der Berufstätigkeit (und evtl. Familienstatus bzw. Kinder) werden erwähnt. • Name und Telefonnummer der Interviewpartner werden nach der Verteidigung der Masterarbeit im Dezember 2012 gelöscht. • Die Einwilligungserklärung wird in einem gesonderten Ordner an einer gesicherten und nur mir zugänglichen Stelle aufbewahrt. Sie dient lediglich dazu, dass dem Datenschutzbeauftragten nachgewiesen werden kann, dass Sie über Sinn und Zweck dieser Arbeit informiert wurden und sich mit der Auswertung einverstanden erklärt haben. • Die Abschrift der Interviews wird nicht veröffentlicht und ist nur projektintern für die Auswertung zugänglich. Die anonymisierte (!) Abschrift wird evtl. auch von den beiden Referentinnen gelesen, die ebenfalls der Schweigepflicht unterliegen. • In der Masterarbeit werden einzelne Zitate einfließen, selbstver-

	<p>ständig ohne dass erkennbar ist, von welcher Person sie stammen.</p> <p>→ Einwilligungserklärung unterschreiben lassen. → Gibt es bis jetzt Fragen bzw. Unklarheiten?</p>
--	--

Persönliche Angaben			
Name		Geschlecht	
Alter		Beziehungsstatus/ Kinder (freiwillig)	
Berufliche Tätigkeit (Arbeit hauptsächlich mit Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen)			
Psychotherapieausbildung			
Angestellt/selbstständig (oder beides – je Prozentangabe)		Arbeitspensum (was bzw. wie viele Klienten werden als 100% bezeichnet)	
Dauer der beruflichen Tätigkeit			

Interviewleitfaden	
Leitfragen	<ul style="list-style-type: none"> • Sind Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zufrieden mit ihrem Beruf? Wenn ja, was macht diese Zufriedenheit aus und wenn nein, welches sind die Faktoren der Unzufriedenheit? • Was machen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für ihre körperliche, seelische und psychische Gesundheit und welchen Stellenwert nimmt diese für sie ein? • Wie betreiben Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Selbstfürsorge und welche Bedeutung hat diese für sie? • Mit welchen Strategien meistern Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten schwierigen Situationen während der Therapiesitzung (im konkreten Moment) und unmittelbar danach?
Einstiegsfragen	
1. Was bereitet Ihnen Freude an Ihrem Beruf?	<ul style="list-style-type: none"> • Welches sind die positiven Aspekte Ihres Berufes? • Was nährt Sie in Ihrer Arbeit?

Arbeitszufriedenheit	
2. Auf einer Skala von 1 bis 10: Wie zufrieden sind Sie mit ihrem Beruf?	<ul style="list-style-type: none"> • Können Sie dies bitte erläutern: Was trägt zur Zufriedenheit bei? Bitte nennen Sie ein paar Beispiele.
3. Auf einer Skala von 1 bis 10: Wie zufrieden sind Sie mit den Arbeitsbedingungen?	<ul style="list-style-type: none"> • Können Sie dies bitte erläutern und ein paar Beispiele nennen? • Haben sich die Arbeitsbedingungen seit Ihrem Berufseinstieg verändert? Wenn ja, inwiefern? • Lassen sich die Arbeitsbedingungen durch Sie verändern? Wenn ja, wie? Wenn nein, wieso nicht? • Was müsste sein, dass Sie Ihre Arbeitsbedingungen als optimal ansehen würden?
4. Erfahren Sie in Ihrem Beruf Wertschätzung?	<ul style="list-style-type: none"> • Wenn ja, durch wen? Wenn nein, von wem würden Sie sich die wünschen? • Können Sie konkrete Beispiele nennen?
5. Mit welchen Erwartungen werden Sie in Bezug auf Ihren Beruf konfrontiert?	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Erwartungen haben Sie an sich selber? Verändern die sich stets oder bleiben sie gleich? • Welche Erwartungen meinen Sie, haben Ihre Klienten an Sie? • Gibt es auch gesellschaftliche Erwartungen? Wenn ja, welche?
Wohlbefinden – Ressourcen	
6. Was machen Sie ganz allgemein für Ihr körperliches, seelisches und psychisches Wohlbefinden?	<ul style="list-style-type: none"> • Welchen Stellenwert hat ihr körperliches, seelisches und psychisches Wohlbefinden auf einer Skala von 1 bis 10? • Sind Sie damit zufrieden oder möchten Sie etwas daran ändern? Können Sie dies bitte erläutern.
7. Können Sie gut abschalten nach der Arbeit?	<ul style="list-style-type: none"> • Wenn ja, wie gelingt es Ihnen? Wenn nein, wieso nicht und was machen Sie dann?
8. Welche würden Sie als Ihre wichtigsten persönlichen Ressourcen benennen, die Ihnen in Bezug auf Ihre Arbeit behilflich sind (z.B. Humor, soziales Umfeld, Optimismus, Familie)?	<ul style="list-style-type: none"> • Reichen Ihnen die aus oder möchten Sie noch weitere entwickeln? Bitte erläutern Sie dies.
Selbstfürsorge - Psychohygiene	
9. Was hat es in Ihnen ausgelöst, als Sie von diesem Masterarbeitsthema gehört haben?	<ul style="list-style-type: none"> • Ist es ein Thema, dass Sie stark beschäftigt? Wenn ja, wieso? • Meinen Sie, Sie haben im Speziellen etwas zu diesem Thema zu sagen? Wenn ja, wieso?

<p>10. Was verstehen Sie unter Selbstfürsorge?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Welches sind für Sie wichtige Komponenten der Selbstfürsorge?
<p>11. Wie betreiben Sie in Bezug auf Ihre Arbeit Selbstfürsorge bzw. wie entlasten sie sich von angestauten Spannungen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Haben sich Ihre Selbstfürsorgestrategien im Vergleich zu früher verändert? Wenn ja, wie? Denken Sie, sie werden sich auch in Zukunft verändern? • Wie übereinstimmend sind Ihre theoretischen Selbstfürsorgestrategien mit denen, die Sie in der Praxis auch wirklich umsetzen (gibt es theoretische Konzepte von Selbstfürsorge, die sie aber in der Praxis nicht umsetzen)? • Falls Frage zum Beziehungsstatus beantwortet wurde: Was hat das für einen Einfluss?
<p>12. Denken Sie im Beruf der Psychotherapeutin/des Psychotherapeuten hat die Selbstfürsorge eine besondere Wichtigkeit?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wenn ja, wieso? • Welchen Stellenwert hat die Selbstfürsorge für den Beruf der Psychotherapeutin/des Psychotherapeuten auf einer Skala von 1 bis 10? • Denken Sie, wenn man genügend Selbstfürsorge betreibt, ein Burnout verhindert werden kann? • Welchen Stellenwert hatte das Thema Selbstfürsorge während Ihres Studiums? Während Ihrer Weiterbildung? Hätten Sie sich gewünscht, dass das Thema mehr thematisiert worden wäre oder ist es Ihrer Meinung nach genügend behandelt worden? • Verschiedene Autoren sagen, dass dieser Beruf vielen Risiken ausgesetzt ist – „krankmachender Beruf“: Was denken Sie? Ist es vor allem die Selbstfürsorge, die einem in diesem Beruf hilft „gesund“ zu bleiben oder könnten es auch andere Faktoren sein?
<p>13. Haben Sie genügend Zeit, sich um Ihre persönliche Selbstfürsorge zu kümmern?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wenn ja, können Sie erläutern, wie Ihnen das gelingt? Wenn nein, was machen sie dagegen? • Gibt es Zeiten bzw. Phasen, in denen Sie wenig Zeit für die Selbstfürsorge haben? Können Sie ein paar Beispiele nennen. • Welchen Einfluss hat das auf Sie selber und auf Ihre Arbeit?
<p>14. Ist die Selbstfürsorge etwas, das Sie auch mit Ihren Klienten thematisieren?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wenn ja, können Sie mir Beispiele nennen? • Ad-hoc-Frage zur Diskrepanz
<p>15. Welche Situationen belastend Sie während der Therapiesitzung mit den Klienten?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Können Sie mir ein paar Beispiele von solchen Situationen nennen?

<p>ten bzw. empfinden Sie als schwierig oder führen zu körperlichen Spannungen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bitte stellen Sie sich eine konkrete Situation vor und erzählen Sie diese. • Was tun Sie in dieser Situation? Wie gehen Sie damit um? • Welche Strategien haben Sie im konkreten Moment selber? Was machen Sie, wenn die besagten Strategien im Moment nicht helfen bzw. nicht ausreichen? Was machen Sie nach der Therapiesitzung, wenn Sie das Geschehene noch immer nicht loslässt? • Kommt das häufig vor? Wie oft? • Gibt es eine Klientengruppe bei denen es vermehrt zu solchen Spannungen kommt? Wenn ja, welche?
<p>16. Würden Sie Ihr Tun im Umgang mit schwierigen Situationen während der Therapiesitzung als Selbstfürsorgestrategie oder als therapeutisches Werkzeug bezeichnen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wenn nein, wie definieren Sie den Unterschied?

Abschluss	
<p>Abschlussfragen zum Interview</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gibt es etwas, was Sie noch sagen möchten, was Ihnen besonders wichtig erscheint und während dem Interview nicht thematisiert wurde? • Haben Sie sonstige Anmerkungen oder Kritik zum Interview bzw. zum Interviewleitfaden? • Denken Sie, dieses Thema hat bei Ihnen etwas ausgelöst bzw. sensibilisiert?
<p>Beendigung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bedanken für die Teilnahme • Möglichkeit, das transkribierte Interview zu lesen (Ergänzungen können gemacht werden, aber keine inhaltlichen Änderungen)? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> • Möchten Sie, dass Ihnen das PDF der Masterarbeit nach Verteidigung der Arbeit im Dezember 2012 per Mail zugestellt wird? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <p>Mailadresse:</p>

C. Einwilligungserklärung der Probanden

Einwilligungserklärung

Ich bin über das Vorgehen bei der Auswertung der Interviews informiert worden.

Ich bin damit einverstanden, dass einzelne Sätze, die aus dem Zusammenhang genommen werden und damit nicht mit meiner Person in Verbindung gebracht werden können, als Material für wissenschaftliche Zwecke, namentlich für die Masterarbeit von Céline-Anne Vuille, verwendet werden können.

Unter diesen Bedingungen erkläre ich mich bereit, das Interview zu geben und bin damit einverstanden, dass es auf Band aufgenommen, abgetippt, anonymisiert und ausgewertet wird.

Es besteht die Möglichkeit, die Interviews nach der Transkription gegenzulesen. Die Ergebnisse meiner Untersuchung werden Ihnen auf Wunsch gerne in PDF-Format zugestellt.

Ort und Datum Unterschrift

D. Transkriptionsregeln

Transkriptionsregeln	
..	Kurze Pause (2 Sekunden)
...	Lange Pause (mehr als 2 Sekunden)
-	Satzabbruch
(?)	Nicht verständlich
(Anonymisierung)	Wird aufgeführt, wenn etwas erzählt wurde, das nicht anonymisiert werden konnte. Ansonsten wurde eine neutrale Version versucht zu finden.
(Patientenbeispiel)	Patientenbeispiele die aufgrund der Anonymität nicht transkribiert wurden.
(...)	Teile des Satzes, die ausgelassen werden (ohne den Sinn zu verändern).

E. Kodierleitfaden

Hauptkategorie A Arbeitszufriedenheit			
Nr.	Kategorien und Kodierregeln	Subkategorien	Ankerbeispiele
A1	Freude am Beruf <i>Kodierregel: Es muss von „freudvollem“ Erleben, „freudig“ oder „Freude“ gesprochen werden. Aussagen darüber, was als „nährend“ empfunden wird, wird der Kategorie A2 und Aussagen zur Zufriedenheit der Kategorie A3 zugeordnet.</i>	- Mit Menschen in Kontakt sein	P7: Also bei mir ist es die Möglichkeit im Kontakt zu sein.. also der Zweierkontakt.
		- Erleben von Veränderungen	P5: Das Erleben von, im guten Fall, positiven Veränderungen, dass Menschen mehr wieder das Gefühl haben, dass sie - sie können ihr Leben so leben wie sie es sich eigentlich wünschen.
		- Entwicklungsprozesse begleiten	P6: Ja, das ist schon das Begleiten und.. und unterstützen bei Entwicklungsprozessen, ja.
		- Verschiedenartigkeit der Menschen	P4: (...) wie radikal verschieden jeder Mensch ist (...) und ja, wie soll ich sagen, es ist nicht so recht vorhersehbar was passiert.. und es ist auch mit der Berufserfahrung so, dass es nicht vorhersehbar ist.
		- Ideale Bedingungen	P3: Ich habe ideale Bedingungen. Also wir sind eine Praxisgemeinschaft und haben seit 13 Jahren dieselbe Zusammensetzung und haben es wirklich, fast immer, sehr gut miteinander. Ich kann selber bestimmen, (...) ich kann meine Zeit frei einteilen, ich habe das Glück, dass ich wirklich meine Leute aussuchen kann.. also wenn ich mit jemandem nicht zu Recht komme oder mir das Thema nicht liegt, dann kann ich auch absagen - also ich habe genug zu tun.
		- Zusammenarbeit mit Externen	P5: Mir gefällt auch die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen oder Fachkräften.
A2	„Nährendes“ im Beruf <i>Kodierregel: Es muss explizit erwähnt werden, dass das Erlebte als „nährend“ empfunden wird.</i>	- Verbindung mit Theorie	P1: Also was mich nährt, wäre dann die Verbindung mit - oder Konzepten oder Theorien die man im Kopf hat oder gelernt hat so wie zum Sehen ‚aha‘, das zeigt sich so oder das zeigt sich eben doch anders.. oder das funktioniert oder das ist doch anders.
		- Therapeutische Beziehung	P2: Es gibt ja die therapeutische Beziehung.. die entwickelt sich ja auch im Laufe der Dauer der Therapie.. und dort wie zu merken, da passiert etwas, da entsteht wie eine Art Begegnung.. immer mal wieder, das ist

			nicht ständig, aber da gibt es immer mal wieder etwas was man Begegnung nennen kann und das finde ich etwas sehr Bereicherndes.
		- Sinngebend	P3: Und, dass ich wirklich das Gefühl habe, dass es sinnvoll ist.. dass es den Leuten meistens besser geht... also halt unterschiedlich mit unterschiedlichen Fragestellungen und so.
		- Veränderung aufgrund Therapie	P5: Also, während ist schon.. zum Beispiel Erlebnisse und Erfahrungen von wirklich tiefer Veränderungen im Mensch, oder eben auch wirklich zu merken, dass jemand es wieder schafft, aus der Krise heraus einen Weg in die Selbstwirksamkeit und Ressourcen zu finden.
		- Motivierte Klientinnen und Klienten	P7: Es nährt mich, dass ich das Gefühl habe, das tönt jetzt ein bisschen komisch, aber ich habe das Gefühl, dass zu mir vor allem supergute Leute kommen, also Leute, die wollen und motiviert sind und arbeiten wollen (...) und das ist wirklich das, was ich sage, dass ich so froh bin, dass die Leute, die zu mir kommen, so gute Leute sind... also ja, das stimmt, es tönt komisch, aber es ist so, wie ich es wahrnehme.
A3	Allgemeine Zufriedenheit mit Beruf <i>Kodierregel: Es müssen explizit Faktoren genannt werden, die die Zufriedenheit beeinflussen. Aussagen, die die Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen betreffen, werden der Kategorie A4 zugeordnet.</i>	- Positiv, da als sinnhaft wahrgenommen	P3: Ja, ich glaube schon.. also dass ich einfach das Gefühl habe, dass ich etwas Sinnvolles mache, also etwas, das Sinn macht.
		- Positiv durch Vielfältigkeit	P6: Die Arbeit ist sehr vielfältig.
		- Positiv, da Arbeit als Berufung	P9: Also, den Beruf, den ich jetzt sozusagen gewählt habe, ich würde jetzt sagen, fast wie eine Berufung.
		- Positiver Einfluss durch Berufserfahrung	P1: (...) ich glaube, in diesem Beruf macht die Berufserfahrung wirklich viel aus.. das gibt einem einfach mehr Gelassenheit und man hat dann einfach mehr Erfahrung mit schwierigen Situationen.
		- Krise	P5: Aktuell oder so seit zwei Jahren bin ich eher so in einer Krise.. vorher war ich sehr zufrieden.
		- Ambivalenz	P10: (...) dass ich dann aber wie zum Teil zu wenig Platz habe für alle anderen Interessen.. und eigentlich.. eigentlich müsste ich mich anders organisieren, also dass ich.. das mache ich zum Teil, aber es gelingt mir einfach nicht immer (...) dort bin ich

			noch nicht im Gleichgewicht.
A4	Zufriedenheit mit Arbeitsbedingungen <i>Kodierregel: Hier werden alle Aussagen subsumiert, die sich auf die Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen beziehen. Aussagen zur allgemeinen Zufriedenheit mit dem Beruf werden der Kategorie A3 zugeordnet.</i>	- Belastung durch Arbeitsaufgaben	P2: Und dann ist schlussendlich all das Administrative hinterhergekommen.. administrative und sehr unerfreuliche Sachen, finde ich.. und das ist etwas, was meinen Berufsalltag stark belastet.
		- Unzufriedenheit mit finanziellem Aspekt	P6: Ja, dass es noch nicht Erwerbs - also vom Einkommen her ist es für mich nicht existenzsichernd mit Aufwand und Ausgaben.
		- Schwierigkeiten, Patienten zu finden	P9: (...) wobei die Bedingung schwierig ist.. dass man Mühe hat, Klienten und Patienten zu bekommen.. das ist dort die Schwierigkeit.
		- Zufriedenheit, da gutes Team/Vorgesetzte	P1: Es macht ganz viel aus, dass wir ein gutes Team sind, dass ich den Stellenleiter ganz jemand Gutes finde.
		- Unzufriedenheit mit Vorgesetzten	P9: Die Bedingungen sind relativ speziell (...) das ist ein Verhalten, das man sich fast nicht vorstellen kann, aber das kann man dieser Frau nicht abgewöhnen.
A5	Veränderungen der Arbeitsbedingungen <i>Kodierregel: Unter diese Kategorie fallen die Aussagen, ob, und falls ja, wie sich die Arbeitsbedingungen verändert haben.</i>	- Keine Veränderungen wahrgenommen	P8: Nein, das war immer so.
		- Verschlechterung der Arbeitsbedingungen	P4: (...) dass Rationierungen stattgefunden haben.. einfach in der Menge... und das ist sehr sehr ungut.
		- Strukturelle Veränderungen	P1: (...) und dann sind es immer mehr Leute geworden und im Moment sind wir zu sechst und eigentlich gibt es immer mehr Patienten, die angemeldet werden und so hat es sich ziemlich verändert.
		- Veränderungen durch Stellenwechsel	P6: (...) da war ich nicht selbstständig tätig, sondern da habe ich in einer Institution gearbeitet und das war etwas ganz anderes.. weil das gibt eine Sicherheit, also einen Rahmen wo.. wo... sehr viel ermöglicht.
		- Verbesserte Arbeitsbedingungen	P10: Ja (...) weil ich bekannter geworden bin, weil ich mehr Anfragen habe.. haben sie sich natürlich auch verbessert.
		- Veränderung durch Tarmed	P5: Ja, also es hat einmal mit der Einführung des Tarmed eine Erhöhung von unserem Tarif gegeben, der sich so ein bisschen einem Ansatz annähert, der eigentlich gerechtfertigt ist für Psychotherapeutinnen.
A6	Veränderbarkeit der	- Mitsprachemöglichkeiten	P1: (...) aber ich habe immer noch das Gefühl, dass ich viel mitreden und mitdiskutieren kann und das

	Arbeitsbedingungen		wird auch gehört, also das ist nicht nur pro forma.
	<i>Kodierregel: Alle Aussagen zu Handlungen, durch die die Arbeitsbedingungen verändert werden, werden in dieser Kategorie subsumiert.</i>	- Einstellungsänderung	P3: Nein, nur meine Einstellung.
		- Berufspolitisches Engagement	P8: Ja, das war dann auch der Grund, dass ich mich entschlossen habe, noch etwas Berufspolitik zu machen, also quasi um das nicht einfach so in mich hineinzufressen und die Faust im Sack zu machen.
		- Eigene Bedingungen verändern	P7: Und seit letztem Jahr habe ich meine Arbeitsbedingungen vereinfacht um bewusst Stress wegzunehmen.
		- Durch Beharrlichkeit	P9: (...) also es lässt sich mit Beharrlichkeit einiges machen.
A7	Optimale Arbeitsbedingungen	- In der Grundversicherung der Krankenkasse sein	P5: Dass wir in der Grundversicherung der Krankenkasse aufgenommen werden sollten, ähnlich wie Physiotherapeuten oder Ergotherapeuten.
	<i>Kodierregel: Alle Wünsche bezüglich der Veränderung der Arbeitsbedingungen betreffen, werden dieser Kategorie zugeordnet.</i>	- Weniger Administratives	P2: Also definitiv weniger Papierkram.
		- Mehr Platz	P1: Also ich glaube schon, dass wir mehr Räume hätten und.
		- Mehr Zeit	P1: Ein langsames Tempo.. es ist so ein Drive mit diesen Veränderungen, und was jetzt kommt - also bis jetzt konnte ich mit den Leuten so lange arbeiten wie ich wollte, also so lange diese Leute es gebraucht haben, und jetzt werden wir ab Herbst nur noch drei Abklärungsgespräche machen und dann müssen wir die Leute weiterweisen, obwohl es gar keine Plätze gibt, und das ist natürlich eine ganz enorme Veränderung.
		- Mehr Teamarbeit	P7: (...) das heisst optimal wäre eigentlich für mich selbstständig sein zu können und gleichzeitig mit jemandem anderen zusammenzuarbeiten, denn das ist der Nachteil.. die Einsamkeit in diesem Beruf.. also man ist schon alleine.. das wäre für mich so eine Vision.
		- Weniger Arbeitsstunden	P10: Ich müsste.. vier Tage in der Woche vom Morgen um 10.00 Uhr bis am Nachmittag um 17.00 Uhr arbeiten müssen... das wäre ideal.. und das, also auch fünf Tage, aber einfach nicht länger als bis um 17.00 Uhr.

A8	Empfinden von Wertschätzung <i>Kodierregel: Es muss explizit von Wertschätzung die Rede sein und gesagt werden, von wem sie verspürt bzw. nicht verspürt wird.</i>	- Wertschätzung durch Klientinnen und Klienten und ihre Angehörigen	P7: Also die Wertschätzung kommt auf alle Fälle durch die Klienten.. die sind wertschätzend.. also meine Klienten die hierhin kommen sind wertschätzend.
		- Wertschätzung durch Fachpersonen, mit denen zusammengearbeitet wird	P2: Teilweise auch von den Zuweisern.. dort ist die Zusammenarbeit eigentlich auch positiv.. die würden einem ja auch nicht zuweisen, wenn sie nicht gut finden würden, was man macht.. und da kommt wirklich auch Wertschätzung.
		- Wertschätzung durch Familie/Freundeskreis	P9: (...) ja, in dem Sinne habe ich auch von meiner Familie, die relativ skeptisch war, als ich angefangen habe zu arbeiten, wirklich Wertschätzung dafür gespürt.
		- Keine gesellschaftliche Wertschätzung	P5: Gesellschaftlich ist die Wertschätzung eigentlich immer noch gering.. es gibt zum Beispiel eine Person aus dem Gesundheitsbereich, die sagt, Psychotherapie braucht es nicht.. also gesellschaftlich ist Psychotherapie immer noch recht umstritten.
A9	Erwartungen <i>Kodierregel: Hier werden Aussagen zusammengefasst, die aufzeigen, mit wessen Erwartungen die befragten Personen im Beruf konfrontiert werden.</i>	- Erwartungen an sich selber	P7: Also die Erwartung, die ich an mich habe, ist, dass ich wirklich "à jour" bleibe.. dass ich "up-to-date" bleibe, dass ich neue Entwicklungen auch integriere.
		- Erwartungen von den Klienten	P5: Manchmal unrealistische Erwartungen.. manchmal so den Rettungsgedanken... dass man Probleme einfach lösen und weghaben kann.
		- Gesellschaftliche Erwartungen	P1: (...) die Erwartung, dass Psychotherapie die Leute wieder fit macht, dass sie wieder arbeiten können.. dort vor allem.. mit dieser Arbeitsfähigkeit.

Hauptkategorie			
B Wohlbefinden, Ressourcen und Gesundheit			
Nr.	Kategorien und Kodierregeln	Subkategorien	Ankerbeispiele
B1	Stellenwert Wohlbefinden <i>Kodierregel: Hier werden die Aussagen zusammengefasst, wie tief bzw. hoch der Stellenwert des Wohlbefindens in</i>	- Sehr hoch	P8: Ja, also wenn es mir nicht wohl ist - wenn ich zum Beispiel - das kommt zum Glück nicht so häufig vor.. wenn ich zum Beispiel mit meiner Frau tiefergehende Auseinandersetzungen habe und so dann arbeiten gehe, das ist ein Leiden, das ist ganz schwierig.. weil, wie kann ich offen sein für Leute, wenn ich eigentlich immer noch mit etwas anderem be-

	<i>Bezug auf den Beruf ist.</i>		schäftigt bin.. das Wohlbefinden ist schon ganz ganz wichtig.
B2	Tätigkeiten für psychisches, körperliches und seelisches Wohlbefinden <i>Kodierregel: Alle explizit erwähnten Aktivitäten und Tätigkeiten für das psychische, körperliche und seelische Wohlbefinden werden hier aufgelistet. Aussagen zu den allgemeinen Selbstfürsorgestrategien werden der Kategorie C2 zugeordnet.</i>	- Genügend Erholung	P1: Also, ich arbeite nicht mehr als 70% damit ich viel Freizeit habe.
		- Zeit mit Freunden und Familie verbringen	P2: (...) mich auch mit anderen Menschen treffen, das finde ich ganz wichtig und zwar nicht mit Psychologen - also wenn ich in die Sauna gehe, das ist so eine Gruppe mit denen rede ich dann über alles andere als über meinen Beruf und das tut mir wahnsinnig gut.
		- Weiterbildung machen	P2: Ich finde auch gewisse Weiterbildungssachen noch gut.. dass man so wie weg kommt vom beruflichen Alltag und man mal wieder etwas anderes hört.
		- Sportliche Betätigung	P5: Für das körperliche Wohlbefinden ganz sicher regelmässig Sport.
		- In die Natur gehen	P8: (...) ich, mache natürlich schon auch ein bisschen mehr, in dem ich wenn ich da bin.. will ich raus, muss ich auch raus.. viel draussen sein.. in der Natur, wir haben hier ja auch einen ganz schönen Park und da gehe ich viel mit meinem Kind spielen.
		- Beschäftigung mit Alltäglichem	P5: (...) auf der Verhaltensebene merke ich, dass ganz viel so praktische Arbeit wie gärtnern, Haushalt irgendwie auch Kreatives mir zu einem guten Ausgleich verhilft.
		- Spirituelle Tätigkeiten	P8: Ich meditiere.. jetzt etwa seit zwei bis drei Jahren.. (...) und das hilft mir, wie so ein bisschen ruhig in den Tag steigen zu können.. und am Abend wieder müde zu werden, so quasi wie "verebben" zu lassen.. oder mich auch mal sammeln zu können.
B3	Persönliche Ressourcen <i>Kodierregel: Alle Eigenschaften und Tätigkeiten und Fakten, die ausdrücklich als Ressourcen benannt werden, gehören in diese Kategorie.</i>	- Theorie	P4: (...) was mir wirklich in Bezug auf den Beruf hilft, sind Theoretiker... bestimmte Theoretiker.
		- Soziales Umfeld/Familie	P8: Ja, ja.. also meine Familie, das heisst meine Frau und meine Kinder sind sicher ganz wichtig - wenn ich ganz alleine wäre.. wäre, glaube ich, alles anders.. das wäre schon sehr viel schwieriger, denke ich.
		- Lebenserfahrung	P3: (...) meine Lebenserfahrung - ich habe nicht so einen geraden Weg gemacht, ich habe verschiedene Jobs gehabt, ich habe verschiedene Sachen gemacht.. so dass ich die Leute auch anders abholen kann, also nicht nur durch die Psychologie und die

			Theorie sondern über Lebenserfahrung.
		- Optimismus	P7: Ich denke, meine wichtigste Ressource ist.. ja ich denke, das ist der Optimismus, dass es Lösungen gibt.
		- Humor	P3: Mein Humor schon auch.. also ich habe ja noch eine Zusatzausbildung in einer anderen Therapierichtung.. und das hat viel gelöst, also dass Therapie nicht schwer sein muss oder nicht Heulen und Zähneklappen sein muss, sondern, dass es auch wahnsinnig wichtig ist, über sich selber lachen zu können oder dass auch die Klienten lernen, über sich selber zu lachen.. und ja.
		- Geduld	P6: Ja und ich bin auch, finde ich - ich würde jetzt sagen, ich habe irgendwie auch das Gefühl entwickelt.. dass ich zuwarten muss bis etwas reif ist, also ich bin geduldiger geworden und das kann ich auch sehr gut brauchen und.. das ist auch nötig.
		- Offenheit	P7: (...) ich habe eine grosse Offenheit.. das ist die Ressource, ich habe eine grosse Offenheit.. Offenheit gegenüber den Menschen die kommen, egal welche Schwierigkeiten sie haben.. das glaube ich, das ist ein ganz wichtiger Punkt.
		- Fähigkeit, sich selbst motivieren können	P6: (...) und auch eine Motiviertheit, also ich kann mich gut motivieren.
		- Bildung/Intelligenz	P8: Bildung und Intelligenz ist, glaube ich schon, ganz wichtig in diesem Beruf.. es gibt ja eine Theorie, dass die menschliche Intelligenz entstanden ist, weil wir mit anderen Menschen zu tun haben und es gibt kein so komplexes Wesen auf diesem Planeten wie der Mensch.
		- Hobbies	P1: Und sicher auch, dass ich halt auch sonst viele Interessen habe und viel Energie habe, sonst auch viele Sachen zu machen, die mich interessieren.
B4	Abschalten nach der Arbeit <i>Kodierregel: Hilfs- oder Unterstützungsmöglichkeiten, die den befragten Personen helfen von</i>	- Durch Erfahrung gelernt	P9: Und interessanterweise ist das jetzt einfach im Verlauf der Zeit gekommen, dass ich also wirklich abschalten kann.
		- Keine Pendenzen mehr	P2: Also ich schaue, dass wenn ich am Abend gehe, dass ich keine pendenten Krankengeschichteinträge habe, dass ich wie abgeschlossen habe - also ich mache es immer wenn

	<i>der Arbeit „abzuschalten“ werden dieser Kategorie zugeordnet. Sie müssen auf das „Abschalten“ bezogen sein, nicht auf die Selbstfürsorge, ansonsten Zuordnung zur Kategorie C2.</i>		jemand geht, dann schreibe ich gleich.. und am Abend wenn ich gehe, dann will ich wie keine Pendenzen haben.
		- Bewusste Rituale	P2: Ich gehe oft auch noch duschen um wie ein wenig meine Aura zu waschen.. und dann ist das gut.
		- Arbeitsweg	P6: Also meistens habe ich einen Arbeitsweg.. das ist mal eine Hilfe.. und von dem her ist das eineinhalb Stunden fahren auch schon hilfreich.
		- Praktische Tätigkeiten	P5: In dem ich mich ganz praktischen Tätigkeiten hingeben.. ich glaube meine Kinder haben mir da auch stark geholfen - ich wurde abgelenkt, durch ganz andere Themen... ich habe auch gelernt, mir zu sagen, das eine ist Arbeit, das andere ist Privatleben und ich möchte es eigentlich auch nicht ins Privatleben mitnehmen.
B5	Weitere Faktoren, die zur Gesundheit beitragen <i>Kodierregel: Hier gehören Faktoren hin, die weiter als positive Beeinflussung der Gesundheit angeschaut werden. Werden diese Aussagen mit Ressourcen in Verbindung gebracht werden sie der Kategorie B3 zugeordnet.</i>	- Fachlicher Austausch	P1: (...) dass man sich mit Kollegen vernetzt, dass man Austausch hat, dass man gute Supervision hat.. also jetzt das Team, das wir haben, ist jetzt total gut, wenn man ein paar Leute hat, denen man vertraut, wenn man offen sein kann.
		- Lebenserfahrung	P2: Ich glaube, mir hilft auch meine Lebenserfahrung, das finde ich noch... ja... wirklich die eigene Lebenserfahrung.. dass mich nicht mehr alles so massiv erschüttert.
		- Genügend Erholungszeit	P3: Also ich glaube, genügend Erholungszeit.. ich mache viel mehr Ferien als vier Wochen.. ich kann mir den Luxus leisten am Freitag nicht zu arbeiten.. ja, also das finde ich schon wichtig.
		- Anerkennung	P5: Also ja, genug Anerkennung zu bekommen.. ist sicher ein wichtiger Faktor, ein äusserer Faktor.
		- Sinnhaftigkeit	P7: (...) ich glaube, dass.. dass die Sinnhaftigkeit, also ob das, was ich mache, aus meiner Perspektive Sinn macht, dass das ein ganz wichtiger Aspekt für die Gesundheit ist.. also grundsätzlich.. von dem her denke ich, dass wenn ich das Gefühl habe, dass mein Einsatz eine Wirkung hat oder dass meine Bemühungen fruchten und es geht in diese Richtung, die ich mir wünsche oder die ich anvisiert habe.. also so ein Erfolgserleb-

		nis zu bekommen.. dass das ein grosser gesundheitserhaltender Faktor ist.
	- Gute Arbeitsbedingungen	P5: (...) gute Arbeitsbedingungen, was eben heutzutage nicht unbedingt der Fall ist.
	- Selbsterfahrung	P4: (...) ich denke, die Selbsterfahrung hilft einem, nicht zu überheblich zu sein.. oder.. manchmal erstaunt es mich, wie zum Teil über Patienten geredet wird, also.. wirklich sehr sehr weit und weg, wirklich auch Koryphäen – sehr weit weg.. und das hilft einem schon, zu sehen, dass man selber ja eigentlich auch immer Patient ist.. nicht so wie der, der dann gerade da ist, aber man ist eben anders.. aber man unterscheidet sich nicht kategorial (?).

Hauptkategorie			
C Allgemeine Selbstfürsorge			
Nr.	Kategorien und Kodierregeln	Subkategorien	Ankerbeispiele
C1	Definition <i>Kodierregel: Aussagen, wie die befragten Personen die Selbstfürsorge definieren, was sie darunter verstehen oder welche Aspekte dazugehörend sind.</i>	- Sich abgrenzen können	P1: (...) dass man sich in einem guten Masse auch abgrenzen kann.. das finde ich, ist auch ein wichtiger Teil von der Selbstfürsorge.
		- Sich Sorge tragen	P3: Ja also, dass man zu sich schaut.. also zu sich physisch und psychisch schaut... dass man genug Schlaf, bis gewisse sportliche Aktivitäten (...)
		- Balance finden/herstellen	P6: (...) dann sind es schon auch die Möglichkeiten, sich zu motivieren oder etwas an die Hand zu nehmen oder auch zuzuwarten, also.. ich glaube, es sind schon halt auch diese Fähigkeiten eigentlich.. und diese immer wieder zu balancieren, also ich glaube das ist das Wichtigste.
		- Auf eigene Bedürfnisse achten	P1: Dass man für die eigenen Bedürfnisse schaut, dass man für das eigene Wohlbefinden schaut, dass man zu sich gut schaut.
		- Begriff zu unproblematisch	P4: Ja, wobei – ich habe einfach den Begriff der Selbstfürsorge.. vielleicht... verstehe ich ihn auch nicht so recht, aber ich finde den Begriff zu unproblematisch.. eine Art, also – als ob man wüsste, was das ist.
C2	Allgemeine Selbstfürsorgestrategien <i>Kodierregel: Hier</i>	- Austausch mit Fachpersonen	P1: Oder auch, dass ich es in einer Fallbesprechung bringe... oder auch über den Mittag manchmal.. das brauche ich sehr, damit ich mit dem, was los war nicht alleine bin, dass ich

<p><i>werden alle Strategien, über die die befragten Personen verfügen und die sie für ihre Selbstfürsorge ausführen bzw. anwenden, aufgeführt. Strategien, die sich spezifisch auf die Therapiesituation beziehen, werden der Kategorie D3 zugeordnet. Wird explizit eine Tätigkeit erwähnt, auf die unmittelbar nach der Therapiesitzung zurückgegriffen wird, wird sie der Kategorie D4 zugeordnet.</i></p>		es schnell losbringe.. und das liegt in diesem Team auch drin und ist sehr wertvoll.
	- Selbstbeobachtung	P7: Selbstbeobachtung kann eine Strategie sein (...) meine Gesundheit und mein Wohlbefinden ist das höchste Gut.. und da bin ich eigentlich recht sensibilisiert, merke ich gerade.. da gehe ich eigentlich sehr bewusst damit um.
	- Sportliche Aktivitäten	P3: Also Sport mache ich regelmäßig, eine halbe Stunde pro Tag und das tut mir gut.
	- Bewusste Erholungsphasen/Pausen	P7: Selbstfürsorge ist für mich auch, dass ich schaue, dass ich nicht 100% Therapeutin bin.. dass wenn ich merke, wenn ich über eine gewisse Anzahl an Termine pro Woche komme, dass ich dann sage, jetzt gibt es Wartelisten - oder Selbstfürsorge ist für mich, dass mein Ziel ist, nicht mehr als fünf Personen pro Tage zu nehmen und Pausen dazwischen habe.
	- Aus Therapie aussteigen	P2: Jetzt ist mir noch etwas in den Sinn gekommen zur Selbstfürsorge.. ich merke auch, dass ich - und das finde ich noch einen wichtigen Punkt.. wenn man einen Therapieverlauf hat, wo man findet, der sei nicht gut.. und da geht man wie nicht denselben Weg, das mache ich auch nicht mehr.. ich höre heute auf - ich mache es nicht ständig.. aber hie und da steige ich aus einer Therapie aus, wenn ich merke, das geht irgendwie nicht.
	- Verantwortung abgeben	P5: Selbstfürsorge in dem Sinne ist für mich auch wichtig zu wissen, dass ich für die Klienten zwar.. eine Hilfe.. eine Katalisatorwirkung - aber ich bin nicht einfach die Verantwortliche für ihr Glück oder Unglück.. also eine Selbstfürsorgestrategie ist für mich auch, dass ich wie ein Stück Verantwortung auch abgebe.
- Spirituelle Tätigkeiten	P10: (...) wirklich auch schamanische Techniken hervorhole, die ich für mich einsetze.. also zum Schutz.. dass ich beispielsweise um mich herum selber einen Schutzkreis oder Energiekreis oder wie man dem auch immer sagt, ziehe.. oder dass ich nachher wie.. von meinem Stuhl weg, um den Stuhl der Klientin oder des Klienten.. einen Raum baue.. wo das	

			passieren kann, was in dem Moment oder an diesem Tag passieren soll.. das ist etwas, was ich verhältnismässig oft mache.
C3	Veränderung der Selbstfürsorgestrategien <i>Kodierregel: Unter diese Kategorie fallen die Aussagen, ob, und falls ja, wie sich das Bedürfnis nach Selbstfürsorge oder das Ausführen von Strategien seit dem Berufseinstieg verändert hat.</i>	- Weniger Bedürfnis nach Supervision durch Berufserfahrung	P3: Also die Supervision hat sich etwas geändert, da habe ich früher mehr gemacht und jetzt habe ich das Gefühl, das hat vielleicht auch mit der Übung oder besser mit der Erfahrung zu tun, dass man nicht mehr so schnell am Berg steht, früher als jede Situation neu war.. Supervision mache ich jetzt weniger.
		- Bedürfnis nach Selbstfürsorge im Alter gewachsen	P2: Also im Vergleich zu früher (...) gut, das hat vielleicht auch mit dem zunehmenden Alter zu tun - dass ich es brauche.. ich brauche es auch.
		- Keine Veränderung	P8: Nein, ich mache schon lange einen Mittagsschlaf.. in der Natur unternehmen.. nein nein, das ist gleich geblieben.
		- Weitere Strategien entwickelt	P1: Ich denke schon.. oder eben ein Teil der Selbstfürsorge ist auch, dass ich mich mehr getraue, die Leute mit meinem Eigenen zu konfrontieren, dass ich nicht nur immer die bin, die aufnimmt und zuhört und empathisch ist, sondern sie mehr auch mit dem konfrontiere, was mit mir abläuft.
C4	Übereinstimmung von Selbstfürsorgestrategiekonzepten <i>Kodierregel: Aussagen zum Verhältnis zwischen den praktischen und den theoretischen Selbstfürsorgestrategien gehören in diese Kategorie.</i>	- Grosse Übereinstimmung	P3: Ja, das ist sehr ausgewogen.
		- Nicht immer übereinstimmend	P5: (...) in der Theorie weiss ich schon mehr, als ich in der Praxis konsequent anwende.. ich weiss aber auch, durch regelmässiges praktizieren von einer Praxis, entwickelt man das Bedürfnis nach der Praxis und das ist eigentlich die beste Prävention.
C5	Wichtigkeit der Selbstfürsorge im Beruf <i>Kodierregel: Es muss dargelegt werden, welche Wichtigkeit die Selbstfürsorge im Beruf hat.</i>	- Eminent wichtig	P1: Also, da habe ich gedacht, das ist ein absolut ein zentrales Thema, als Psychotherapeutin.. also ich merke auch, dass ich eigentlich nur gut arbeiten kann, wenn es mir selber auch gut geht und das manchmal ein wenig verrückt, wenn ich mal nicht mag oder es mir nicht so gut geht, dann wird es mit den Patienten gerade so schwierig, also.. dann hat das einen ungeheuren Einfluss auf meine Arbeit.. also ich bin wirklich gezwungen, gut zu mir zu schauen, dass es mir gut geht, sonst kann ich diesen

			Beruf nicht machen.
		- Wichtigkeit nicht definierbar	P4: Ja... es eröffnet sich dann natürlich die Frage, wieso man denn dann diesen Beruf gewählt hat, oder.. im Grunde genommen.. und vielleicht noch wichtiger, wieso behält man ihn dann bei? Zu sich gut schauen, finde ich... die Frage ist, was das heisst – ich glaube ja, klassisch triebtheoretisch.. ich glaube, es braucht für Psychotherapeuten einen gewissen Masochismus und sonst würde man ja wie sagen, es tut einem nicht gut.. aber... von dort her glaube ich schon, dass es ein Stück weit eine Befähigung ist, masochistische Triebe zu geniessen.. und vor allem auf bewusster Ebene, und das ist in dem Sinne, und von dem her würde die Selbstfürsorge nicht sehr nahe liegen.
C6	Selbstfürsorge als Burnout-Prävention <i>Kodierregel: Hierzu gehören Aussagen, die das Verhältnis zwischen Selbstfürsorge und Burnout betreffen.</i>	- Genügend Selbstfürsorge als Vorbeugung	P3: Es kommt natürlich darauf an, wenn verschiedene Sachen zusammen kommen, die sich nicht beeinflussen lassen.. wenn eine Krankheit kommt oder ein familiärer Schicksalsschlag, dann denke ich - also man ist ja nicht allmächtig, aber zumindest kann man dem vorbeugen.
		- Anderer Verlauf durch Selbstfürsorge	P6: Ja, also es verläuft dann vielleicht anders.. also ja, das Burnout muss dann eigentlich nicht eintreffen, aber das Burnout - es gibt auch Schwelbrände und das.. also das brennt verschieden und das kann man nicht einfach so definieren, finde ich.. und man tut sicher - also es verläuft dann anders, wenn man sich damit befasst.
		- Gute Theorie als Vorbeugung	P4: Ja.. also ja, ich glaube schon... also ich glaube auch, dass eine gute Theorie, in der man denkt und arbeitet, die sich entwickelt, jetzt in therapeutischer Hinsicht.. Burnout prophylaktisch ist.. ja sehr...
C7	Stellenwert Selbstfürsorge im Studium <i>Kodierregel: Hierunter fallen Aussagen darüber, ob das Thema Selbstfürsorge im Studium thematisiert wurde. Aussagen zu Thematisierung im</i>	- Teilweise Thema durch persönliche Geschichten	P9: Zum Teil durch persönliche Erlebnisse, die die Dozenten gebracht haben.
		- Kein Thema	P1: Da muss ich gerade überlegen... null, das kam dann erst in der Therapieausbildung, erst da war es ein Thema, aber ich glaube im Studium also.. null und wenn ich an die engen Gänge denke und keine Küche und an die engen Vorlesungsräume und keine Luft.. also.. das war ja ein total

	<i>Studium werden der Kategorie C8 zugeordnet.</i>		geringer Stellenwert.
C8	Stellenwert Selbstfürsorge in der Weiterbildung <i>Kodierregel: Hierunter fallen Aussagen darüber, ob das Thema Selbstfürsorge in der Weiterbildung thematisiert wurde. Aussagen zur Thematisierung im Studium werden der Kategorie C8 zugeordnet.</i>	- Es wurde thematisiert	P7: In der Therapieausbildung auf alle Fälle, vor allem im Zusammenhang mit traumatisierten Menschen.. dass man da ganz besonders aufmerksam sein muss.
		- Kein Thema	P8: Es war kein offizielles Thema, nein.
C9	Wunsch nach Thematisierung <i>Kodierregel: Es muss der Wunsch oder das Anliegen dargelegt werden, ob sie sich gewünscht hätten, dass das Thema Selbstfürsorge vermehrt thematisiert worden wäre.</i>	- Kein Wunsch	P4: Nein, das hätte ich mir nicht gewünscht.
		- Wäre ein Anliegen	P7: Ja, auf alle Fälle, also ich denke, das wäre sehr sehr spannend gewesen um zu schauen, welche Risiken gewisse Berufsgattungen auch beinhalten können.. und dass man.. und wie man dem vorbeugen könnte.. das hätte ich sehr spannend gefunden..
C10	Auswirkung von Zeitmangel <i>Kodierregel: Alle Aussagen zu den Konsequenzen, wenn zu wenig auf die Selbstfürsorge geachtet werden kann, fallen in diese Kategorie.</i>	- Unlust	P10: (...) denn nachher fängt es mir dann auch an zu stinken, wenn ich dann - dann habe ich dann auch wieder keine Energie um in die Beziehung einzusteigen... es ist mehr für mich, dass ich mich nachher.. dass ich zu Hause dann einfach nichts mehr machen möchte.
		- Müde, ausgelaugt sein	P1: (...) ich bin dann ausgelaugt und das weiss ich so von mir.
		- Konzentration lässt nach	P7: (...) und ich merke dann auch, dass die Konzentration nachlässt..
		- Unzufriedenheit	P2: Ich werde unzufrieden.. ganz schnell.

Hauptkategorie D Selbstfürsorge während Therapiesituation			
Nr.	Kategorien und Kodierregeln	Subkategorien	Ankerbeispiele
D1	Thema während Therapie	- Auf Wunsch von Klientin bzw. Klient	P9: Ja, es gibt manchmal sogar direkt Fragen, wo Leute kommen und sagen "ja, wie schaffen Sie das, ja also das ist ja furchtbar Ihnen erzählen alle so

	<i>Kodierregel: Alle Aussagen dahingehend, ob das Thema Selbstfürsorge ein Thema der Therapie ist, gehören zu dieser Kategorie.</i>		grauenhafte Geschichten und so Schwieriges, also wie können Sie am Abend heimgehen und damit umgehen" und dann versuche ich ein bisschen etwas darauf zu antworten.
		- Wird von den Therapeutinnen und Therapeuten angesprochen	P7: Ja, das ist eigentlich eines meiner Lieblingsthemen.. das ist klar.. wo ich meinen Klienten Inputs gebe, wo ich manchmal auch mit Untersuchungsergebnisse untermauere.. z.B. Herzpatienten haben weniger Komplikationen, wenn sie sich nach dem Mittag ein Powernap gönnen.
D2	Schwierige Situationen <i>Kodierregel: Es muss ausdrücklich erwähnt werden, dass die folgende Situation als schwierig (im Vergleich zu alltäglichen Situationen) empfunden wird oder wodurch die schwierige Situation beeinflusst wird.</i>	- Suizidale Patientinnen und Patienten	P1: Also das sind sicher Situationen wenn jemand suizidal ist und wenn ich das abschätzen muss.. ja, also muss jetzt jemand in die Klinik oder kann ich die Person wieder nach Hause lassen.. das sind sicher Situationen von grosser Anspannung.
		- Ende nicht zulassen	P7: (...) etwas was es gibt ist, wenn Patienten wie nicht zum Ende kommen wollen, dass Sie überziehen wollen und sich nicht von mir trennen wollen.
		- Schwierige Themen	P10: Ja... am Anfang waren das vor allem Situationen, wo mir schlimme Sachen erzählt wurden.. oder wenn es da in diesem Raum plötzlich psychotisch wurde.. oder.. ich erkannt habe, dass diese Inhalte, die mir da gesagt werden, psychotischer Art sind.. das war für mich sehr schwierig, vor allem am Anfang.
		- Nicht gelebte Emotionen	P3: Wenn Emotionen nicht gelebt werden.. also wenn es zähflüssig ist - also Wutausbrüche und so sind mir völlig egal, damit kann ich locker umgehen, auch mit Tränen, das ist alles - das kann ich gut nehmen... aber wenn die Emotionen blockiert sind, das finde ich schwierig.
		- Zu viel reden	P1: Oder auch, dass ich so angespannt werde, wenn mich jemand so zutextet und ich wie nicht mehr zu Wort komme und ich weiss nicht, wie ich noch zu Wort kommen kann.
		- Anschuldigungen	P5: Also sicher wenn ich direkt angeschuldigt werde, angegriffen werde.
		- Verzweifelte Angehörige	P10: Das ist häufig mit verzweifelten Eltern.. muss ich sagen.. eigentlich nachvollziehbar, absolut.. aber das ist halt wirklich.. das ist - oder mit verzweifeltum Umfeld (...).

		- Bildungsabhängigkeit	P3: Nein eigentlich nicht.. ich habe so durchs Band - also das ist jetzt ein heikler Punkt... es ist etwas bildungsabhängig.. also Leute - wobei ich habe auch Leute, die ein einfaches Bildungsniveau haben, die sehr differenziert sind, aber meistens sind es... von der Sprachfähigkeit, von der Introspektion, von der Selbstreflexion.. das ist manchmal schon bildungsabhängig.
		- Mit Störungsbild zu tun	P4: Ehrlich gesagt, gibt's das selten.. aber es gibt es so zum Teil... ja, ich glaube das hat schon auch etwas mit den Störungsbildern zu tun.
D3	Selbstfürsorgestrategien während Therapiesitzung <i>Kodierregel: Hier werden alle Strategien, über die die befragten Personen verfügen und die sie in der konkreten Therapiesituation anwenden, zusammengefasst. Allgemeine Strategien werden der Kategorie C2 und Strategien, auf die unmittelbar nach der Therapiesitzung zurückgegriffen werden, der Kategorie D4 zugeordnet.</i>	- Möglichkeit, Unterstützung beizuziehen	P1: (...) aber auch denken, wenn es nicht mehr geht, kann ich jemand von den Kollegen holen.. dann muss ich es nicht alleine lösen... und versuche irgendwie... ja.
		- Sowohl-als-auch-Denken	P12: (...) es ist ein „Sowohl-als-auch-Denken“.. so wie zu überlegen, wenn ich irgendwo festgefahren bin, jetzt in irgendeiner Form, was ist es auch noch... so wie die andere Seite der Medaille.. das ist auch etwas, dass ich als sehr hilfreich erlebe.
		- Regelmässiges Trinken	P7: Also was ich mache.. ich habe immer etwas zum Trinken.. also ich schaue, dass ich genügend Wasser habe, das ist ein ganz wichtiger Punkt.
		- Sich zurücknehmen/ Pause einlegen	P7: (...) und dann nehme ich mich etwas zurück und ich denke, dass ich mir so wie selber eine Erholungsphase einbaue.
		- Bewusste Körperhaltung	P3: Also das gibt von den Haltungen her - ich sitze normalerweise eigentlich auf dem Stuhl.. und die Leute sitzen mir meistens vis-à-vis oder ich bin so und wenn ich jetzt merke, dass die negativen Energien kommen, die mir nicht gut tun, dann setze ich mich in eine eher abwesende Haltung, so dass die Energien neben durch fließen, also dass sie nicht auf mich kommen.
		- In die Beobachtung gehen	P8: In dem ich ganz bewusst in die Beobachtung gehe.
		- Bewusste Arbeit mit Übertragung und Gegenübertragung	P9: (...) also wenn man das ein bisschen radikalisiert, dann ist das das Übertragungsgeschehen oder – also mein Zustand, den muss ich immer reflektieren.. ich muss meine eigenen

			Konfliktneigungen und „pipapo“, arithmetisch subtrahieren.. das ist die Arbeit und dann das, was übrig bleibt, das hat ja etwas zu tun mit dem Gegenüber.
		- Auf Metaebene gehen	P1: Also ich gehe dann so in den Kopf, also ich überlege mir dann Fragen - oder in einem gewissen Sinne auf die intellektuelle Ebene gehe.. was muss ich jetzt fragen, was muss ich abchecken.. was mache ich mit den Antworten um irgendwie Abstand zu bekommen.
		- Spiegeln	P5: (...) ich spiegle auch.. ich sage den Leuten, dass ich jetzt in eine Spannung komme oder in eine Wut oder in einen aussergewöhnlichen Zustand.
		- Atemübungen	P5: (...) Ich versuche aber auch, wenn ich körperlich so erregt oder angespannt bin mittels Atmung mich selber wieder zu beruhigen.
D4	Selbstfürsorgestrategien unmittelbar nach Therapiesitzung <i>Kodierregel: Hier werden alle Strategien, die die befragten Personen unmittelbar nach der Therapiesituation anwenden, zusammengefasst. Allgemeine Strategien werden der Kategorie C2 und Strategien, die während der konkreten Therapiesitzung angewendet werden, der Kategorie D3 zugeordnet.</i>	- Rituale	P7: Also ich habe verschiedene Rituale.. ich mache sofort das Fenster auf und ich habe dort hinten versteckt ein Lavabo und wasche mir die Hände.. das mache ich jedes Mal.. und das ist für mich so wie ein Verabschieden auf einer anderen Ebene.. dann habe ich wieder saubere Hände, fühle mich frisch, es hat wieder frische Luft.. dann.. ja so mache ich mich wie frisch für die nächste Person.
		- Darüber reden	P1: Also bei der Arbeit direkt ist es total gut, wenn man nach einem schwierigen Gespräch, also wenn ich dann schnell zu einer Kollegin gehen kann und sagen kann, oh weisst du, jetzt war gerade die und die da und die hat mich so genervt.. das sage ich der Patientin nicht, aber der Kollegin kann ich wie etwas von dem, was bei mir abläuft sagen, das ist total gut.
		- Aufschreiben	P10: Ich versuche es aufzuschreiben, aber nur - ich schreibe nicht gerne, darum versuche ich mir einfach ganz konkret aufzuschreiben, was gewesen ist.
		- Pause einlegen	P9: (...) dass ich ein bisschen eine Pause machen kann.
		- Sich körperlich bewegen	P5: (...) wenn möglich mich draussen bewegen.
D5	Therapeutisches	- Therapeutisches Werkzeug	P1: Das würde ich als therapeutisches Werkzeug bezeichnen.. ja.

	Werkzeug versus Selbstfürsorge <i>Kodierregel: Hierzu gehören Aussagen, die das Verhältnis zwischen Selbstfürsorge und therapeutischem Werkzeug betreffen.</i>	- Selbstfürsorge	P7: Nein, für mich ist es Selbstfürsorge, denn dann mache ich etwas für mich.. dann lasse ich wieder frische Luft rein und so reinige ich mich sozusagen - eine Form von Reinigung und für mich ist das Selbstfürsorge, das heißt, das muss ich machen.
		- Beides/es gehört zusammen	P9: Nein, das gehört zusammen.

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

Unterschrift: