

Tamara Weber

# Resilienz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Eine empirische Studie über Bewältigungsstrategien von Fachpersonen

Bachelor-Thesis der Berner Fachhochschule – Soziale Arbeit  
Dezember 2017



Sozialwissenschaftlicher Fachverlag Edition Soziothek

Edition Soziothek  
c/o Berner Fachhochschule BFH  
Soziale Arbeit  
Hallerstrasse 10  
3012 Bern  
www.soziothek.ch

Tamara Weber: Resilienz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine empirische Studie über Bewältigungsstrategien von Fachpersonen

ISBN 978-3-03796-662-4

Schriftenreihe Bachelor-Thesen der Berner Fachhochschule BFH – Soziale Arbeit.

In dieser Schriftenreihe werden Bachelor-Thesen von Studierenden publiziert, die mit Bestnote beurteilt und zur Publikation empfohlen wurden.



Dieses Werk wurde unter einer Creative-Commons-Lizenz veröffentlicht.

Lizenz: CC-BY-NC-ND 4.0

Weitere Informationen: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Sie dürfen:

Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten

Unter folgenden Bedingungen:

Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.

Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.

Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt aufbauen, dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Tamara Weber

**Resilienz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie:  
Eine empirische Studie über Bewältigungsstrategien  
von Fachpersonen**

Bachelor-Thesis zum Erwerb  
des Bachelor-Diploms

Berner Fachhochschule  
Fachbereich Soziale Arbeit

## **Abstract**

Fachpersonen des Sozial- und Gesundheitswesens sind überdurchschnittlich häufig psychosozialen Risikofaktoren ausgesetzt. Psychische Belastungen können negative Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit der Fachpersonen haben. Basierend auf dem Konzept der Resilienz, werden Bewältigungsstrategien und Schutzfaktoren von Fachpersonen aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie untersucht. In der Untersuchung wird der Frage nachgegangen, welche Bewältigungsstrategien und Schutzfaktoren zur Erhaltung der psychischen Gesundheit bewusst eingesetzt werden. Damit verbunden, werden die für die Fachpersonen belastenden Faktoren aus dem Arbeitsalltag und die selbstwahrgenommene psychische Gesundheit ermittelt.

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde eine empirische Studie gemacht. Mit einer Online-Befragung wurden Fachpersonen aus sechs ausgewählten Settings einer Kinder- und Jugendpsychiatrie befragt. Dabei wurden Fachpersonen aus der Sozialen Arbeit (Sozialpädagoginnen, Sozialpädagogen), dem Gesundheitswesen (diplomierte Pflegefachpersonen) sowie Auszubildende beider Disziplinen befragt (N = 35). Die Methode und Auswertung gründen auf ausgewählten Theorien und Modellen aus der Resilienzforschung. Die Ergebnisse zeigen auf, dass vor allem externe Faktoren als belastend betrachtet werden. Beispielsweise das Durchführen von Zwangsmassnahmen, suizidales Verhalten und hohe Arbeitsanforderungen. Aufgrund der subjektiven Bewertung von Stress, ergibt sich in der Umfrage eine unterschiedlich wahrgenommene Stressempfindung.

Die meist genannte Bewältigungsstrategie stellt das Gespräch mit Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen am Arbeitsplatz und im privaten Umfeld dar. Dabei stehen der Austausch und die Reflexion über belastende Ereignisse am Arbeitsplatz im Vordergrund. Rund die Hälfte der Befragten gibt an, den Nachhauseweg zur Bewältigung zu nutzen. Als Ressourcen werden „Humor und Lachen“, „positive Lebenseinstellung“, „Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen“ sowie „Selbstvertrauen“ und „Erfahrung“ genannt. Weiter erweisen sich „positive Emotionen“ und „soziale Unterstützung“ als protektive Faktoren für Resilienz und psychische Gesundheit. Die Mehrheit der Befragten gibt an, über die nötigen Ressourcen zur Bewältigung zu verfügen und sich psychisch gesund zu fühlen.

Am Arbeitsplatz der Kinder- und Jugendpsychiatrie existieren Belastungen, welche die Resilienz von Fachpersonen negativ beeinflussen können. Aufgrund der Angaben zur guten psychischen Gesundheit kann angenommen werden, dass die Befragten über ein resilientes Bewältigungsverhalten verfügen. Weiterführende Forschungen zur Resilienzentwicklung in den Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit sind zur Gesundheitsförderung erforderlich. Hierzu sind vor allem Bereiche mit erhöhten psychosozialen Belastungen und Arbeitsanforderungen (z.B. polyvalente Sozialdienste, Strafvollzug, stationäre Settings im Zwangskontext) zu berücksichtigen.

# **Resilienz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine empirische Studie über Bewältigungsstrategien von Fachpersonen**

Bachelor-Thesis zum Erwerb  
des Bachelor-Diploms in Sozialer Arbeit

Berner Fachhochschule  
Fachbereich Soziale Arbeit

Vorgelegt von

Tamara Weber

Bern, Dezember 2017

Gutachter: Prof. Dr. Manuel Bachmann

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b> .....	<b>5</b>
1.1 Problemdarstellung.....	5
1.2 Fragestellungen und Begründung.....	7
1.3 Handlungsfeld und Gegenstand.....	7
1.4 Eingrenzung der Thematik.....	8
1.5 Aufbau der Arbeit.....	9
<b>I Theoretischer Hintergrund</b> .....	<b>10</b>
<b>2. Resilienz und verwandte Begriffsdefinitionen</b> .....	<b>10</b>
2.1 Resilienz.....	10
2.2 Gesundheit .....	13
2.2.1 <i>Definition des Begriffs Gesundheit</i> .....	13
2.2.2 <i>Bedingungen für Gesundheit und Krankheit</i> .....	14
2.3 Coping .....	15
2.4 Selbstregulation.....	15
<b>3. Resilienzforschung</b> .....	<b>16</b>
3.1 Merkmale von Stressoren und Stress .....	17
3.2 Resilienz- und Schutzfaktoren .....	19
<b>4. Bezugsmodelle von Resilienz</b> .....	<b>23</b>
4.1 Salutogenese.....	23
4.2 Das transaktionale Stressmodell.....	25
<b>II Empirischer Teil</b> .....	<b>27</b>
<b>5. Forschungsgegenstand und Untersuchungsmethode</b> .....	<b>27</b>
5.1 Ausgangslage.....	27
5.2 Methode .....	27
5.2.1 <i>Rekrutierung der Stichprobe</i> .....	29
5.2.2 <i>Datenerhebung</i> .....	29
5.2.3 <i>Datenaufbereitung</i> .....	30
5.2.4 <i>Datenauswertung</i> .....	30
<b>6. Darstellung der Ergebnisse</b> .....	<b>31</b>
6.1 Stressoren und individuelle Stressbelastung .....	31
6.2 Ressourcen, Schutzfaktoren und Bewältigungsstrategien.....	33
6.3 Wohlbefinden und psychische Gesundheit .....	36
6.4 Zusammenfassung der Ergebnisse .....	38
<b>7. Diskussion</b> .....	<b>39</b>
7.1 Interpretation und Erkenntnisse der Ergebnisse .....	39
7.1.1 <i>Erkenntnisse Stressoren und individuelle Stressbelastung</i> .....	39
7.1.2 <i>Erkenntnisse Ressourcen, Schutzfaktoren und Bewältigungsstrategien</i> .....	40
7.1.3 <i>Erkenntnisse Wohlbefinden und psychische Gesundheit</i> .....	43
7.1.4 <i>Zusammenfassende Ergebnisse zur Resilienz am Arbeitsplatz der Kinder- und Jugendpsychiatrie</i> .....	44
7.2 Beantwortung der Fragestellungen .....	45
7.3 Schlussfolgerungen .....	46
7.4 Reflexion der gewählten Methode.....	49
7.5 Kritische Würdigung der vorliegenden Arbeit .....	50
7.6 Ausblick.....	51
<b>8. Literatur- &amp; Quellenverzeichnis</b> .....	<b>52</b>
<b>9. Anhang</b> .....	<b>55</b>

## **1. Einleitung**

Vorliegende Arbeit befasst sich mit der Resilienz bei Fachpersonen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Aufgrund der aktuellen Problemlage zu den erhöhten psychosozialen Risiken am Arbeitsplatz des Gesundheits- und Sozialwesens sind negative Auswirkungen auf das Wohlbefinden und die psychische Gesundheit des Fachpersonals angezeigt.

Eine gute psychische Widerstandsfähigkeit der Fachpersonen mit Fähigkeiten, Ressourcen und gesunden Strategien zur Bewältigung erachtet die Autorin als Voraussetzung, um die Profession der Sozialen Arbeit kompetent, gesund und langfristig ausüben zu können. In der Praxis sowie während der verschiedenen Ausbildungen wird aus Sicht der Autorin zu wenig Aufmerksamkeit darauf verwendet, Fachpersonen auf ihre Resilienz, psychische Gesundheit und die damit verbundene Selbstverantwortung zu sensibilisieren. Woraus sich eine entsprechende Bearbeitung dieser Thematik in der Bachelor-Thesis für die Autorin als sinnvoll und gewinnbringend darstellt.

Wesentliche Begriffe, Bezugsmodelle und Theorien zur Resilienz werden im ersten Teil vorliegender Arbeit erläutert. Der empirische Teil gibt einen Überblick über die untersuchten belastenden Faktoren aus dem Arbeitsalltag, das persönliche Stressempfinden, die individuellen Bewältigungsmassnahmen sowie die selbstwahrgenommene psychische Gesundheit der Fachpersonen in stationären Settings der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

### **1.1 Problemdarstellung**

Im stationären sozialpsychiatrischen Setting der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind Fachpersonen in der Arbeit mit problembelasteten Kindern und Jugendlichen konfrontiert, wodurch sie unter anderem in der Krisenintervention psychosozialen Risiken wie selbst- und fremdgefährdendem Verhalten ausgesetzt sind.

In der nationalen Gesundheitsbefragung zu den Arbeitsbedingungen des Jahres 2012 beurteilen laut dem Bundesamt für Statistik 10.30% der Erwerbstätigen ihre Arbeit als negativ beeinflussend auf ihre Gesundheit, wobei Personen, die am Arbeitsplatz physischen und psychosoziale Risiken ausgesetzt sind, ihre Gesundheit als weniger gut einschätzten als jene mit verminderten Risikofaktoren. Neben der Landwirtschaft, dem Baugewerbe, dem Gastgewerbe und der Industrie zählt auch das Gesundheits- und Sozialwesen zu den Branchen mit den höchsten physischen Belastungen. Zudem fallen im Gesundheits- und Sozialwesen überdurchschnittlich hohe Werte psychischer Belastungen auf, unter anderem die „Spannung im Umgang mit Leuten“, „verbale und körperliche Gewalt“ sowie „Drohung und Erniedrigung“.

Angesichts der genannten Belastungen beklagen Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen überdurchschnittlich häufig Schwächegefühle, Energielosigkeit und Müdigkeit sowie Einschlaf- und Durchschlafstörungen, Kopf- und Rückenschmerzen (Graf, Krieger & Vanis, 2012, S. 11).

Weiter bringt die Studie „nurses at work“ des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums hervor, dass die hohe Belastung am Arbeitsplatz mitunter als Grund für die Erkrankung oder den Berufsausstieg von Fachpersonen des Gesundheitswesens genannt wird. Hinsichtlich dieser Ergebnisse empfehlen Addor et al. (2016, S. 7), die Aufmerksamkeit auf die Erschöpfungsgefühle von Fachpersonen des Gesundheitswesens zu richten und die Gesundheit am Arbeitsplatz allgemein zu fördern.

Eine weitere englische Studie der British Psychological Society von 2015 zeigt, dass das psychiatrische Fachpersonal eine geringe Zufriedenheit bekundet und unter Stress sowie psychischen Störungen leidet. Von den 1300 Befragten gaben 46% an, sich in den letzten Wochen die meiste Zeit oder die ganze Zeit deprimiert gefühlt zu haben. Zudem gaben 49.50% an, Gefühle des Scheiterns zu empfinden. Ein Viertel denkt, unter einer langfristigen, chronischen Erkrankung zu leiden und 70% erleben ihre Arbeit als stressig (The British Psychological Society, 2017). Aufgrund der besorgniserregenden Ergebnisse dieser Untersuchung fordern die British Psychological Society das Gesundheitswesen und die Politik dazu auf, Anstrengungen zur Verbesserung des Wohlbefindens und der Widerstandsfähigkeit von psychiatrischem Fachpersonal zu fördern.

Unter der Leitung der Berner Fachhochschule Gesundheit wird anhand eines nationalen STRAIN-Forschungsprojekts eine „Strategie gegen den Fachkräftemangel in den Gesundheitsberufen“ entwickelt. Dabei sollen Organisationen wie Akutspitäler, Rehabilitationskliniken sowie stationäre Psychiatrien, Langzeiteinrichtungen und Spitex Organisationen im Zeitraum von 2017-2020 befragt werden. Das Ziel des STRAIN-Projektes ist es, arbeitsbezogene Belastungsfaktoren zu erfassen und diese mittels Interventionen langfristig zu reduzieren, um die Gesundheit und Arbeitszufriedenheit zu fördern. Weiter soll die Attraktivität der Gesundheitsberufe gesteigert werden (Gurtner, Hahn, Peter, Zeyer, 2017, S. 1-18). Dieses Projekt verdeutlicht die aktuellen und wesentlichen Bemühungen der schweizerischen Hochschulen Gesundheit rund um den „Fachkräftemangel“ und zeigt nach Meinung der Autorin einen für die Bachelor-Thesis wichtigen Hauptfaktor der Gesundheitsförderung von Fachpersonen aus der Sozialen Arbeit auf. Zusammengefasst erleben Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen, der Medizin sowie der Sozialen Arbeit in ihrem Arbeitsalltag belastende Situationen. Die bestehenden psychosozialen Risikofaktoren erfordern neben den strukturellen und institutionellen Massnahmen gleichermassen eine gesunde psychische Widerstandsfähigkeit (Resilienz) der Fachpersonen.

Diesbezüglich sind Fachpersonen selbst herausgefordert, belastende Ereignisse subjektiv und konstruktiv zu verarbeiten und zu bewältigen, um ihre Zufriedenheit und Gesundheit zu fördern.

## **1.2 Fragestellungen und Begründung**

Vor dem Hintergrund der in Kapitel 1.1 ausgeführten Problemdarstellung können nach Meinung der Autorin bestehende Ergebnisse zur Thematik von Resilienz und Bewältigung am Arbeitsplatz disziplinbergreifend auf die Perspektive der Fachpersonen der Sozialen Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie übersetzt werden. Die Autorin setzt in der vorliegenden Arbeit den Schwerpunkt auf die individuellen resilienzfördernden Bewältigungsmassnahmen der Fachpersonen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. In diesem Zusammenhang stellt die Autorin folgende Fragestellung:

*Welche Bewältigungsstrategien und Schutzfaktoren setzen Fachpersonen in kinder- und jugendpsychiatrischen Settings zur Erhaltung ihrer psychischen Gesundheit bewusst ein?*

In diesem Zusammenhang klärt die Autorin mit der folgenden Fragestellung ergänzend, welche Stressoren im Arbeitsalltag bestehen und wie das von den Fachpersonen aktuell selbstwahrgenommene Wohlbefinden und die psychische Gesundheit eingeschätzt werden:

*Welche Faktoren belasten die Fachpersonen in ihrer Arbeit und wie schätzen sie allgemein ihre aktuelle psychische Gesundheit ein?*

## **1.3 Handlungsfeld und Gegenstand**

Für die empirische Untersuchung und zur Beantwortung der Fragestellungen definiert die Autorin das Handlungsfeld und den Gegenstand vorliegender Arbeit.

Das Handlungsfeld bezieht sich auf stationäre Settings der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie im Kanton Bern und umfasst zwei Kinderstationen, drei Jugendstationen und eine Kriseninterventionsstation. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie führen Untersuchungen und Abklärungen zu psychischen, psychosozialen, psychosomatischen und entwicklungsbedingten Störungen und Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen durch und werden dem Fachgebiet der Medizin zugeordnet. Aufgrund der entwicklungsbedingten Themen wie Erziehung, Schulbildung und Pubertät bezieht die Kinder- und Jugendpsychiatrie verwandte Disziplinen wie Pädiatrie, Pädagogik und allgemeine Psychiatrie in das Behandlungsangebot mit ein.

Dabei gelten jene Settings als *stationär*, in welchen Kindern und Jugendlichen, unter Berücksichtigung ihres psychischen Störungsbildes (Verhaltensstörungen, Suizidalität, Psychose, Zwangsstörungen, Essstörungen), eine individuelle Behandlung und Beobachtung über eine bestimmte Zeitdauer und in einem geschützten Rahmen angeboten werden können. Neben der Unterstützung von lebenspraktischen Kompetenzen (Selbstverantwortung, Selbständigkeit, Umgang mit anderen, Freizeitgestaltung, Konfliktmanagement) in einem entwicklungsfördernden Milieu werden die Kinder und Jugendlichen in der klinikinternen Schule individuell beschult (Universitäre psychiatrische Dienste Bern, 2017).

Die mehrdimensionalen Behandlungsaufträge bedingen eine professionelle und interdisziplinäre Betreuung. Der Gegenstand vorliegender Arbeit bezieht sich auf die Resilienz von Fachpersonen im Handlungsfeld der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. Namentlich Fachpersonen aus den Berufen der Sozialen Arbeit (in der Funktion als Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen), dem Gesundheitswesen (diplomierte Pflegefachpersonen) sowie Auszubildende HF und Studierende FH beider Disziplinen.

Die Autorin betrachtet das Handlungsfeld für die Untersuchung vorliegender Arbeit als massgebend, da es sich beim Arbeitsplatz der Kinder- und Jugendpsychiatrie, unter anderem um eines aus der Sozialen Arbeit stammendes Berufsfeld handelt. Die für die Untersuchung definierte Fachpersonengruppe arbeitet in interdisziplinär geführten Teams zusammen und verfolgt dieselben Arbeitsaufträge. Demnach sind die Mitgliederinnen und Mitglieder der interdisziplinären Teams im Arbeitsalltag identischen potenziellen Stressoren, Belastungen und Risikofaktoren ausgesetzt. Demzufolge sind die Fachpersonen gleichermaßen herausgefordert, in Belastungssituationen Strategien zur Bewältigung anzuwenden, um ihre psychische Gesundheit zu erhalten und zu fördern.

#### **1.4 Eingrenzung der Thematik**

Im Rahmen der Bachelor-Thesis richtet die Autorin den Fokus auf die Fachpersonen und ihre Bewältigungsstrategien im Umgang mit herausfordernden und belastenden Situationen aus dem stationären Arbeitsalltag. Aufgrund der Möglichkeit, die Thematik aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten, beschränkt sich die Autorin in der vorliegenden Arbeit primär auf die interpersonalen Aspekte der Resilienz und Bewältigungsformen von ausgewählten Fachpersonengruppen der Sozialpädagogik und Psychiatriepflege aus stationären Settings der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Unter *herausfordernden und belastenden Situationen* werden vor allem Situationen verstanden, in denen Kinder und Jugendliche selbst- und fremdgefährdendes Verhalten zeigen (Krisenintervention) sowie unvorhergesehene Notfallsituationen.

Darunter ordnet die Autorin beispielsweise selbstverletzendes Verhalten (etwa das eigenständige Zufügen von Verletzungen mit einer Rasierklinge) oder suizidales Verhalten anhand eines konkreten Suizidversuchs ein. Fremdgefährdendes Verhalten zeigt sich in verbalen Drohungen, Aggressionsausbrüchen bis zu Gewalthandlungen. Beide Verhaltensweisen werden durch die Autorin in vorliegender Arbeit als externe potenzielle Stressfaktoren interpretiert. Weiter sind interne Stressfaktoren wie beispielsweise persönliche Ängste und Sorgen, Verantwortungsbereitschaft oder Frustrationstoleranz miteingeschlossen. Die Autorin bezieht sich für die Untersuchung vorliegender Arbeit disziplinübergreifend auf jene Fachpersonen, die in ihrer täglichen Arbeit mit den in Kapitel 1.1 genannten Belastungen und in dem Kapitel 1.3 definierten stationären psychiatrischen Setting tätig sind.

Weiter beschränkt sich die Autorin im theoretischen Teil auf die psychologischen Resilienz- und Schutzfaktoren von Erwachsenen und grenzt kinderspezifische, gesellschaftliche, ökologische, genetische und biologische Schutzfaktoren aus.

Das Ziel der Bearbeitung der Thematik im empirischen Teil bezieht sich vor allem auf das individuelle Bewältigungsverhalten der Fachpersonen, deren Bewusstsein um die eigene psychische Gesundheit und der damit verbundenen Selbstverantwortung. Die institutionellen Strategien für ein sicheres und gesundes Arbeitsklima werden hierbei ausgeklammert. Diesbezüglich grenzt die Autorin Fragen zu gesetzlichen und institutionellen gesundheitsfördernden Massnahmen für Fachpersonen aus, da deren Einbezug den Rahmen und den Kontext der vorliegenden Arbeit übersteigen würde.

## **1.5 Aufbau der Arbeit**

Um die Fragestellungen aus dem Kapitel 1.2 beantworten zu können, wird die Arbeit in zwei Teile gegliedert. Im ersten Teil wird ein theoretischer Abriss über die verwandten Begriffsdefinitionen von Resilienz mithilfe von *Gesundheit*, *Coping* und *Selbstregulation* dargestellt. Anschliessend werden die *Resilienz- und Schutzfaktoren* anhand von aktuellen Ergebnissen aus der Resilienzforschung vorgestellt. Als wesentliche Bezugsmodelle von Resilienz werden das *Modell der Salutogenese* und das *transaktionale Stressmodell* erklärt. Im zweiten Teil folgt die Empirie, in deren Rahmen zunächst die Ausgangslage, die Methode der Untersuchung sowie die Rekrutierung der Stichprobe beschrieben werden und anschliessend die Ergebnisse im Fokus stehen. In der darauffolgenden Diskussion werden die empirischen Resultate mithilfe von Erkenntnissen aus der Theorie interpretiert. Die Fragestellungen werden beantwortet und daraus werden Schlussfolgerungen abgeleitet. Abschliessend erfolgen eine kritische Würdigung der vorliegenden Arbeit sowie weiterführende Gedanken.

# I Theoretischer Hintergrund

## 2. Resilienz und verwandte Begriffsdefinitionen

Zur Verständlichkeit und zur Vereinheitlichung werden in diesem Kapitel für die vorliegende Arbeit wesentliche Begriffe definiert. Neben der Begriffsbestimmung von *Resilienz* nimmt die Autorin Bezug auf die verwandten Begriffsdefinitionen von *Gesundheit*, *Coping* und *Selbstregulation* und setzt diese in den Kontext vorliegender Thematik.

### 2.1 Resilienz

Die Autorin wählt für die vorliegende Arbeit den Begriff der *Resilienz*, da dieser in der Bedeutung psychischer Widerstandsfähigkeit positiv in Verbindung mit Wohlbefinden und psychischer Gesundheit gebracht werden kann. Eine umfassende Erläuterung der unterschiedlichen Definitionen von Resilienz betrachtet die Autorin als aufschlussreich, um das Verständnis rund um die Thematik vorliegender Arbeit erweitern zu können.

Der Begriff *Resilienz* findet nicht nur in der Psychologie und Medizin Verwendung, sondern wird auch in anderen Wissenschaften wie Soziologie, Pädagogik sowie Ökonomie, Ökologie und in den Ingenieurwissenschaften angewendet. Laut Bengel und Lyssenko (2012, S. 24) hat sich der Begriff in den letzten Jahrzehnten stark verbreitet, wobei sich die Verwendung als unreflektiert kritisieren lasse. Demgegenüber stellen Masten und Obradovic (2008, S. 2) *Resilienz* als ein breites und übergeordnetes Konstrukt dar, welches untergeordnet als individuelle Interpretation von Widerstandskraft des jeweiligen Fachgebietes aufzufassen ist. Allgemein ist Resilienz als „die Toleranz eines Systems gegenüber Störungen“ zu verstehen, wobei Toleranz als Widerstandskraft gedeutet werden kann (Bengel & Lyssenko, 2012, S. 24). Die Definitionen von Resilienz befassen sich mehrheitlich mit verschiedenen Formen der Belastungsbewältigung von Personen, wobei Bengel und Lyssenko (2012, S. 25) folgende drei Formen zusammenfassen:

- Resilienz als Form von *Resistenz*, in welcher eine Person gegenüber eines Stressors, unabhängig seiner Intensität, psychisch stabil bleibt. Dabei nehmen Bonanno, Bucciarelli, Galea und Vlahov (2006, S. 182) aus ihren Forschungsergebnissen zu den Ereignissen vom 11. September 2001 an, dass diese Form die am meisten verbreitete Reaktion auf einen Stressor ist. Demzufolge widersprechen Bonanno et al. mit diesen Ergebnissen der veralteten Annahme, dass eine ausbleibende psychische Belastung durch Verdrängung als pathologisch einzustufen sei.

- Resilienz als Form von *Regeneration* bezeichnet die kurzfristige Belastung einer Person durch einen Stressor ohne wesentliche Lebenseinschränkung. Diese Form wird von Hall, Murray und Zautra (2010, S. 3) auch als „normativer Anpassungsprozess“ beschrieben, in welchem einem System die Fähigkeit zur Selbstregulation zugeschrieben wird (z.B. die Entscheidung sich in einem Konflikt deeskalativ zu verhalten), mit der Absicht, einen stabilen Zustand zu bewahren (z.B. körperliche Integrität und professionelle Haltung wahren).
- Resilienz als *Rekonfiguration* beschreibt die Anpassungsfähigkeit eines Individuums. Damit sind Veränderungen einer Person bezüglich ihrer Verhaltensweisen oder Kognitionen (Absichten, Einstellungen, Wünsche, etc.) bei traumatischen Belastungen gemeint (Walsh, 2016, S.12), beispielsweise das Aneignen und Erlernen von Deeskalationsmassnahmen nach einem tätlichen Übergriff im beruflichen Kontext.

Vor dem Hintergrund dieser drei Formen bezeichnet *Resilienz* im Kontext der Psychologie die psychische Widerstandsfähigkeit eines Individuums. Resiliente Personen charakterisieren sich allgemein durch Belastbarkeit und eine hohe psychische Widerstandsfähigkeit, wodurch sie widrige Umstände wie beispielsweise belastende Ereignisse und kritische Lebenssituationen mit einer beständigen Bewältigungskompetenz überwinden. Weiter erholen sich resiliente Personen schneller und positiver von persönlichen Krisen und weisen trotz Risikofaktoren, Stress und Belastungen eine gesunde Entwicklung auf (Blaschka, Kuhn, Milletat, Redetzky & Sommer, 2014, S. 12-14).

Laut Becker, Cicchetti und Luthar (2000, S. 543) kann Resilienz als ein lebenslang erlernbarer Prozess verstanden werden, wohingegen Block, Funder und Letzring (2005, S. 396) Resilienz als ein „relativ stabiles Persönlichkeitsmerkmal“ bezeichnen. Bengel und Lyssenko (2012, S. 27) erweitern diese gegensätzlichen Annahmen, indem sie die Resilienz als eine „situationsabhängige und nicht stabile Grösse“ verstehen, welche einen indirekten Einfluss auf die Gesundheit hat. Aus der Perspektive der Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychopathologie definieren Petermann und Schmidt (2006) Grundbegriffe im Zusammenhang mit Resilienz. Dabei bezeichnen sie den Begriff „Ressource“ als entwicklungsfördernde „aktuell verfügbare Potenziale“ und „Resilienz“ als „bereichsspezifische Ressourcen“, welche im Zusammenhang mit der Umweltinteraktion angeeignet werden (S. 119).

Unter Berücksichtigung der genannten, sich teilweise stark unterscheidenden Definitionen, lassen sich laut Bengel und Lyssenko (2012) aus der Literatur wesentliche Charakteristika von Resilienz ableiten, welche als „Ergebnis des Zusammenspiels verschiedener Einflussfaktoren“ zu betrachten sind.

Aus dieser Perspektive ergeben sich folgende vier Charakteristika von Resilienz (S. 27):

- *dynamisch*: Die individuellen Faktoren (z.B. Optimismus, soziale Unterstützung, Spiritualität), die eine Person für eine resiliente Bewältigung benötigt, entwickeln sich im Kontext von Umweltinteraktionen kontinuierlich und werden prozesshaft erlernt.
- *variabel*: Die Intensität der Resilienz unterscheidet sich phasenweise und steht in Abhängigkeit mit der Anfälligkeit für psychische Störungen (Vulnerabilität) einer Person.
- *situationsspezifisch*: Die Wahrnehmung von Stressoren unterscheidet sich situativ und in Abhängigkeit der jeweiligen subjektiven Bewertung der Belastung. Beispielsweise kann die eigene lebensbedrohliche Erkrankung als weniger bedrohlich angesehen und besser bewältigt werden als der Verlust der Mutter.
- *multidimensional*: Die Ausprägung von Anpassungs- und Bewältigungsleistung kann sich bei einer Person je nach Lebensbereich (soziale Kompetenzen oder kognitive Leistungsfähigkeit) unterscheiden.

Die Konzeptualisierung von Resilienz gründet auf dem Risiko- und Schutzfaktorenkonzept. Diesbezüglich nimmt Rutter (2006, S. 3) an, dass die Auswirkungen von *Risiko- und Schutzfaktoren* bei Individuen weitgehend ähnlich sind. Jedoch würden sich die Voraussetzungen und die Verteilung der Faktoren sowie die Reaktion darauf, individuell unterscheiden. Diesbezüglich beschreibt Rutter (S. 3) Resilienz als ein interaktives Konzept, welches nur unter Berücksichtigung vorhandener Risiko- und Schutzfaktoren untersucht werden könne. Als *Risikofaktoren* identifizieren Masten und Obradovic (2008, S. 2) chronische Stressoren und traumatische Erfahrungen, welche die Entstehung einer psychischen Erkrankung begünstigen. Zu den *Schutzfaktoren* zählen gesellschaftliche, ökonomische, genetische, biologische sowie psychologische Einflussfaktoren, denen eine protektive Wirkung im Sinne eines „Puffers“ zugeschrieben werden (Bengel & Lyssenko, 2012, S. 8). Dabei merkt Rutter (1985, S. 598) an, dass nur dann von einem Schutzfaktor gesprochen werden könne, wenn dieser die krankmachenden Auswirkungen eines Risikofaktors reduzieren kann.

Die psychologischen Schutzfaktoren werden als Unterkapitel 3.2 im Kapitel der Resilienzforschung ausführlich beschrieben. *Resilienz* wird im Kontext vorliegender Arbeit als ein dynamischer und erlernbarer Prozess betrachtet, in dessen Verlauf ein Individuum mithilfe von Schutzfaktoren eine erfolgreiche Bewältigung von Stress am Arbeitsplatz leistet und sich dementsprechend als psychisch gesund einschätzt.

## 2.2 Gesundheit

In diesem Kapitel werden die Bedingungen für Gesundheit und Krankheit dargestellt, da Resilienz in vorliegender Arbeit im Kontext von Gesundheit zu verstehen ist. Anschliessend werden die Begriffe *Gesundheit* und *psychische Gesundheit* definiert.

Laut Hurrelmann und Richter (2013, S. 22) haben die chronischen Erkrankungen im letzten Jahrhundert stark zugenommen. Als akut gelten jene, durch Erreger verursachte Infektionskrankheiten, welche episodisch auftreten und nach ursachorientierter Behandlung wieder ausheilen. Chronische Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen entstehen durch die andauernde Überlastung der Körperfunktionen und bleiben bis zum Lebensende bestehen. Sie sind nicht nur physisch belastend, sondern können auch auf die psychische Gesundheit und die sozialen Lebensbedingungen einen negativen Einfluss nehmen. Diesbezüglich kritisieren Hurrelmann und Richter (S. 22) die aktuelle biomedizinische Forschung, welche sich vor allem auf die Untersuchung neuer Therapiemethoden konzentriert und den Einfluss sozialer Lebensbedingungen auf die Entstehung chronischer Krankheiten vernachlässigt. Daher werde die zentrale Rolle, welche die „gesellschaftlichen Verhältnisse“ auf das „individuelle Gesundheitsverhalten“ habe, übersehen. Weiter zeigt gemäss Hurrelmann und Richter (S. 22) die Forschung der sozialen Wissenschaften auf, dass ein deutlicher Teil der „gesundheitlichen Störungen“ auf eine „Fehlanpassung zwischen körperlichen und psychischen Ressourcen und den äusseren Anforderungen“ basieren. Daher müssten die Voraussetzungen für Gesundheit optimiert und ein positives Gesundheitsverhalten gefördert werden.

### 2.2.1 Definition des Begriffs Gesundheit

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) machte bereits 1946 mit ihrer Definition auf die Mehrdimensionalität des Begriffs *Gesundheit* aufmerksam: „Health is a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“ (WHO, 2006, S. 1) Die Definition bleibt jedoch ungenau, da der Begriff des sozialen Wohlbefindens bis heute nicht ausreichend erläutert wurde, die Gegenüberstellung der Konditionen *Gesundheit* und *Krankheit* als solches zu statisch sind und mit „Vollkommenheit“ eine unerreichbare Zielvorgabe gestellt wird (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 119). Kontroverse Diskussionen bezeichnen diese beiden Begriffe als Endpunkte in einem Kontinuum, in welchem durch einen dynamischen Prozess verschiedene Zwischenstadien erreicht werden können (S. 119). Als Beispiel dieses Erklärungsansatzes gilt das Salutogenesemodell von Antonovsky (1989), welches in Kapitel 4.1 weiter ausgeführt wird.

*Psychische Gesundheit* definiert die WHO als „ein Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und etwas zu ihrer Gemeinschaft beitragen kann.“ (WHO, n.d., S. 1) Diese Definition verdeutlicht die individuelle und gesamtgesellschaftliche Perspektive.

Im Zusammenhang mit der Bearbeitung der Forschungsfragen vorliegender Arbeit bedeutet psychische Gesundheit demnach, dass die Fachpersonen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ihre Potenziale entfalten können, über ein Wohlbefinden verfügen, belastbar sind und eine Rolle als produktives Mitglied in der Gesellschaft erfüllen.

### *2.2.2 Bedingungen für Gesundheit und Krankheit*

Gemäss Hurrelmann und Richter (2013, S. 23) können die Bedingungsfaktoren für den Gesundheitsstatus der Bevölkerung in folgende drei Faktoren eingeteilt werden:

- personale Faktoren: genetische Disposition, physische und psychische Konstitution, ethnische Zugehörigkeit
- Verhaltensfaktoren: Suchtverhalten, körperliche Aktivität, Bewältigungskompetenzen
- Verhältnisfaktoren: sozioökonomischer Status, Arbeitsbedingungen, wirtschaftliche Verhältnisse

Diese drei Faktoren wirken abhängig voneinander und können auf den Gesundheitsstatus eines Individuums einen positiven oder negativen Einfluss nehmen (S. 24). Die Verhaltensfaktoren bilden die Brücke zwischen den personalen und den Verhältnisfaktoren, da die individuellen Entscheidungen über das eigene Gesundheitsverhalten die Gesundheit mitbestimmen.

Die Verhältnisfaktoren können über die ganze Lebensdauer den Gesundheitsstatus eines Individuums direkt verbessern oder verschlechtern. Ein Bestandteil der Verhältnisfaktoren sind die Arbeits- und Berufsanforderungen (S. 43). Sie bestimmen den Tagesablauf eines Individuums und damit verbunden seine Lebensbedingungen (S. 44). „Hoher Konkurrenzdruck, unbefriedigende Entscheidungs- und Kontrollmöglichkeiten und das Missverhältnis von Verausgabung und Belohnung“ können Auslöser für chronische Krankheiten sein. Je besser die Arbeitsverhältnisse sind, desto positiver wirken sich diese auf den Gesundheitsstatus der Angestellten aus (S. 51).

Basierend auf den drei vorgestellten Faktoren wurden verschiedene Theorien entwickelt, um die Entstehung von Gesundheit und Krankheit erklären zu können (S. 66). Während in den Gesellschafts- und Public Health-Theorien vor allem auf die Verhältnisfaktoren eingegangen wird, spielen in den Lerntheorien die Verhaltensfaktoren eine zentrale Rolle (S. 94). Das Konzept der Selbstwahrnehmung stellt eine dieser Theorien dar und wird im Kapitel 3.2 als Resilienz- und Schutzfaktor näher beschrieben.

## 2.3 Coping

Der Begriff *Coping* bezeichnet die Bewältigung von Stress oder kritischen Lebensereignissen. Folkman und Lazarus (1990) definieren den Begriff wie folgt: „Coping consists of cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person“ (S. 315).

Weiter erklären Folkman und Lazarus (1990) in ihrer Definition, dass das Individuum eine kontinuierliche Einschätzung vollzieht, in der sich die kognitiven und behavioralen (verhaltensbestimmten) Bemühungen unter Berücksichtigung der dynamischen Umweltbeziehungen ständig verändern (S. 315). Die Bewältigungsstrategien umfassen Gedanken und Reaktionen auf den Ebenen der Handlungen, Emotionen, Kognition und der Motivation (Gerrig, 2016, S. 482). Hierbei unterscheiden Folkman und Lazarus (1990, S. 316) problemorientierte (z.B. die Lösung des Konflikts mit der Arbeitskollegin) und emotionsorientierte Copingstrategien (z.B. Unterdrücken der Wut durch Ablenkung). Fröhlich (2010) beschreibt *Coping* als mehr oder weniger bewusste Auseinandersetzung mit Stressoren, welche in den Bewertungs- oder Verhaltensstrategien als Abwehrmechanismen eingesetzt werden (S. 94). Hierbei merkt die Autorin im Zusammenhang mit der Forschungsfrage die Verwandtschaft zu dem in Kapitel 2.1 definierten Resilienzkonzept an, in dem sich resiliente Personen durch das erfolgreiche Einsetzen von geeigneten Copingstrategien auszeichnen. Auch Compas und Reeslund (2009) beschreiben den Zusammenhang beider Begrifflichkeiten, indem sie Coping als „Bemühen die erforderlichen Kompetenzen und Ressourcen“ zu aktivieren bezeichnen und Resilienz als „das erfolgreiche Ergebnis dieser Bemühungen“ darstellen (S. 571).

## 2.4 Selbstregulation

Burkert und Sniehotta (2009) verstehen *Selbstregulation* als „absichtliche und aktive Steuerung von Gedanken, Gefühlen und Verhalten, um spontane, meist unerwünschte Verhaltenstendenzen durch zielgerichtetes Verhalten zu ersetzen“ (S. 89). Dabei ergänzen Baumeister und Vohs (2007), dass es sich bei der *Selbstregulation* um jene Prozesse handelt, in denen ein Individuum Kontrolle über seine inneren Prozesse, Funktionen und Handlungen erbringt (S.116). Weiter argumentieren Baumeister und Vohs (S. 115), dass sich durch Selbstregulation die Flexibilität und Anpassungsfähigkeit des menschlichen Verhaltens erheblich erhöhen, was dazu führe, dass sich Individuen an eine Vielzahl von sozialen und situativen Anforderungen anpassen können. Selbstregulation stellt ihrer Meinung nach die Grundlage für den freien Willen und das sozial erwünschte Verhalten dar.

In diesem Zusammenhang könne Selbstregulation wünschenswerte Ergebnisse erzeugen, die in der erfolgreichen Aufgabenerfüllung, in beruflichen Erfolgen, sozialen Beziehungen oder in der psychischen Gesundheit sichtbar werden (S. 116).

Selbstregulationsinterventionen leisten laut Burkert und Sniehotta (2009, S. 103) einen wesentlichen Beitrag zur psychischen und physischen Gesundheit. An dieser Stelle kommt die Autorin zum Schluss, dass Selbstregulation im Sinne nützlicher Verhaltensänderungen als eine Form von Coping betrachtet werden kann.

### **3. Resilienzforschung**

Dieses Kapitel gibt einen Überblick über einige Meilensteine in der *Resilienzforschung*. Die Bedingungen von belastenden Ereignissen, welche mit der resilienten Belastungsverarbeitung in Zusammenhang stehen, werden anhand der *Merkmale von Stressoren und Stress* erklärt. Insbesondere die *Resilienz- und Schutzfaktoren*, welche für den Resilienzprozess und für die Interpretation der Ergebnisse in Kapitel 7 wesentlich sind, werden anhand von empirischen Befunden aus der Literatur näher erläutert.

Die Resilienzforschung hat sich vorwiegend aus der Pädagogik und Entwicklungspsychologie von Kindern entwickelt, sich auch in der Verhaltenspsychologie bei Erwachsenen etabliert und unlängst Eingang in die Arbeitspsychologie gefunden (Siegrist, 2010, S. 15). Mitunter führten die Erkenntnisse aus der Resilienzforschung dazu, eine ressourcenorientierte Perspektive zu entwickeln, welche den Fokus auf die individuellen Stärken und Fähigkeiten einer Person richtet. Damit grenzt sich diese neue Sichtweise vom lange vorherrschenden defizitorientierten Ansatz ab und betrachtet die Person samt ihren psychosozialen Aspekten als handelndes Subjekt.

In den ersten Forschungsphasen beschäftigten sich die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler mehrheitlich mit der Erfassung von Risiko- und Schutzfaktoren, wobei eine gesunde Entwicklung trotz vorhandener Risiken als Ausnahme betrachtet wurde (Eggers, 2014, S. 7). Weiter befasste sich die Forschung mit der Entfaltung der protektiven Wirkung von Resilienz- und Schutzfaktoren, wobei die Konzipierung eines umfassenden und empirisch fundierten Modells bis heute ausstehend ist (Bengel & Lyssenko, 2012, S. 12).

Im Zentrum der gegenwärtigen Resilienzforschung liegt die dynamische Wechselwirkung zwischen den Resilienz- und Schutzfaktoren und komplexen Wirkmechanismen. Mit den Forschungsergebnissen wurde erkennbar, dass der Mensch über eine grosse Anpassungsfähigkeit verfügt. Selbst nach traumatischen Erlebnissen wurde Resilienz anhand der Bewältigungsfähigkeit bei Individuen deutlich sichtbar und wird mittlerweile als verbreitetes Phänomen anerkannt (Bonanno, Bucciarelli, Galea und Vlahov 2006, S. 182).

Weiter zählt zu den aktuellen Forschungsschwerpunkten die Entwicklung von Interventionen, Präventionsstrategien und Mehrebenenmodellen zur Resilienzförderung (Bengel & Lyssenko, 2012, S. 12).

Das Resilienzkonzept etablierte sich in den 1970er-Jahren unter anderem durch die Längsschnittstudie von Emmy Werner. Diese im Jahr 1955 initiierte Studie wurde über einen Zeitraum von 32 Jahren auf Kauai (Hawaii) durchgeführt. Dabei untersuchte Werner vor allem die Widerstandskraft bei Kindern im Verlauf ihres Lebens. Trotz risikoreicher Entwicklungsbedingungen entwickelten sich einige zu gesunden und selbständigen jungen Erwachsenen mit einer positiven und optimistischen Lebenseinstellung. Ab den 1990er-Jahren erweiterte sich dieser Forschungsschwerpunkt um die Frage, was Erwachsene trotz widrigen Umständen gesund hält (Bengel & Lyssenko, 2012, S. 7). Im Zusammenhang mit der Resilienz am Arbeitsplatz entwickelte Walsh (2003, S. 49) ein Modell, um die Resilienz von Arbeitnehmern in Organisationen zu fördern. Weiter befassten sich Edenborough, Firtko und Jackson (2007, S. 5) mit der Resilienz von Gesundheitsfachleuten, welche in ihrer Arbeit mit potenziell traumatischen Erfahrungen konfrontiert werden. Dabei konnten sie Strategien herausfiltern, welche die Resilienzentwicklung fördern. Genannt werden unter anderem die Aufrechterhaltung einer positiven Einstellung durch Lachen, Optimismus und positive Gefühle sowie das Erkennen von eigenen Risiko- und Schutzfaktoren. Ausserdem verweisen sie ergänzend auf die von Bonanno et al. (2004) diskutierten Strategien, wobei Selbstverstärkung, repressive Bewältigung und positive Emotionen als resilienzfördernd gelten. In Bezug darauf raten Edenborough et al. (2007, S. 3) dazu, diese Strategien allen Fachleuten im Gesundheitswesen zu vermitteln, damit sie Fähigkeiten entwickeln, um widerstandsfähiger zu werden und besser mit den negativen Auswirkungen von Stress am Arbeitsplatz umzugehen beziehungsweise sich davor zu schützen.

Das Kernanliegen der Resilienzforschung lässt sich nach Meinung der Autorin auf die Identifikation und Prüfung von protektiven Prozessen, Resilienz- und Schutzfaktoren beschränken, welche die Anpassung an widrige Umstände ermöglichen und das Fundament für die Entwicklung psychischer Widerstandsfähigkeit und die damit verbundene psychische Gesundheit setzen. Diese Erkenntnisse zum Kernanliegen stellen sich für die Autorin im Zusammenhang mit der Bearbeitung der Forschungsfragen vorliegender Arbeit als wesentlich dar.

### **3.1 Merkmale von Stressoren und Stress**

Um die Bedingungen von Belastungen aufdecken zu können, steht die Untersuchung von Stressoren in Form von widrigen, anhaltenden und traumatischen Lebensbedingungen im Zentrum der Forschung zu Resilienz bei Erwachsenen.

Im Gegensatz dazu, richtet sich der Fokus der Resilienzforschung bei Kindern primär auf die organischen (z.B. genetische Prädisposition) und psychosozialen Belastungen der Eltern (z.B. Alkoholismus) (Bengel & Lyssenko, 2012, S. 28).

Gerrig und Zimbardo (2008, S. 468) beschreiben *Stress* als Reaktionsmuster eines Organismus auf Stimulusereignisse (Stressoren). Dabei kann Stress in *Distress* (negativ, z.B. Bedrohung) und *Eustress* (positiv, z.B. eigene Hochzeit) eingeteilt werden (S. 469).

Die *Stressoren* gründen auf interne oder externe Bedingungen und erfordern vom Individuum eine Anpassungsreaktion, welche die Bewältigungsfähigkeit stark beanspruchen oder übersteigen kann. Die Stressoren werden weiter in *physikalische Stressoren* (extern, z.B. Lärm), *psychosoziale Stressoren* (extern, z.B. zwischenmenschliche Konflikte), *physische Stressoren* (intern, z.B. Verletzungen) und *psychische Stressoren* (intern, z.B. verbale Drohungen oder Verlusterfahrungen) unterteilt.

Weiter unterscheiden Gerrig und Zimbardo (S. 469) zwischen *normativen* und *nicht-normativen Stressoren*. Unter die *normativen Stressoren* fallen Belastungen, welchen die Mehrheit der Personen im Verlaufe des Lebens ausgesetzt ist (z.B. eigene Pubertät). *Nicht-normative Stressoren* sind Belastungen, welchen nur eine Minderheit von Personen ausgesetzt ist (z.B. Verkehrsunfall).

Baumann, Laireiter und Perrez (2005, S. S. 281) teilen Stressoren in Mikro- und Makrostressoren ein. Die *Alltagsstressoren (Mikrostressoren)* umfassen belastende und wiederkehrende Ereignisse oder anhaltende widrige Lebensumstände wie beispielsweise zwischenmenschliche Konflikte oder chronische Erkrankungen. *Kritische Lebensereignisse (Makrostressoren)* bezeichnen subjektiv belastende Lebensumstände mit einer räumlichen und zeitlichen Begrenzung die vorhersehbar sind oder plötzlich auftreten und in der Regel eine Veränderung der Lebenssituation hervorrufen. Sie können normativer oder nicht-normativer Natur sein. Als Beispiele kritischer Lebensereignisse nennen Baumann et al. (S. 281) das Verlassen des Elternhauses (normativ, erwartet) oder der plötzliche Tod einer nahestehenden Person (unerwartet). Äussere Ereignisse aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmasses werden in *traumatische Ereignisse (Makrostressoren)* eingeteilt. Hierzu werden als Beispiele ein schwerer Verkehrsunfall (einmalig, begrenzt) oder ein fortgesetzter sexueller Missbrauch (wiederholt, langandauernd) genannt. Traumatische Ereignisse können über eine bestimmte Zeit hinweg die Bewältigungsfähigkeit einer Person überfordern oder über längere Zeit belasten (z.B. häusliche Gewalt, Folter).

In diesem Zusammenhang können jedoch aus negativen Erlebnissen positive Erfahrungen gezogen werden. Dieser Umstand wird als *benefit finding* verstanden, in der eine Person fähig ist, aus einer negativen Lebenserfahrung positive Aspekte zu ziehen (Gerrig & Zimbardo, 2008, S. 488).

Wie im Kapitel 2.3 unter *Coping* beschrieben, werden die Reaktionen auf Stressoren einer ständigen subjektiven Einschätzung unterzogen und erfolgen individuell (vgl. Kapitel 4.2). Die individuelle und subjektive Einschätzung von Situationen betrachtet die Autorin für die Beantwortung der Fragestellungen vorliegender Arbeit als zentral.

### 3.2 Resilienz- und Schutzfaktoren

Wie bereits in Kapitel 2.1 ersichtlich wurde, existiert eine Fülle von disziplinübergreifenden Arbeiten rund um den Resilienzbegriff. Für die Erläuterung der Resilienz- und Schutzfaktoren bezieht sich die Autorin in diesem Kapitel auf die von Bengel und Lyssenko (2012) veröffentlichte systematische Literaturrecherche.

Resilienz- und Schutzfaktoren werden als protektive Faktoren betrachtet, welche die Resilienz eines Individuums fördern und die Entstehung von psychischen Störungen reduzieren sollen. Die Autorin wählt für die Beschreibung der Resilienz- und Schutzfaktoren die von Bengel und Lyssenko (2012, S. 44) zusammengefassten psychologischen Schutzfaktoren von Erwachsenen. Diese wurden im Rahmen einer Auswertung nennenswerter veröffentlichter Studien zusammengetragen und geben einen strukturierten und kritischen Überblick über die aktuell diskutierten protektiven Faktoren. Tabelle 1 verdeutlicht die für die Resilienzentwicklung bedeutsamen psychologischen Schutzfaktoren.

Tabelle 1

*Zusammenfassung der resilienzfördernden psychologischen Schutzfaktoren nach Bengel und Lyssenko (2012, S. 44-91).*

<b>Schutzfaktoren</b>	<b>Beschreibung</b>
Positive Emotionen	<i>Positive Emotionen</i> wie Stolz, Freude, Zufriedenheit, Lust oder Befriedigung beweisen sich als protektiv, wobei weniger die Intensität als die Regelmässigkeit und Relation zu den negativen Emotionen eine Rolle spielen. Positive Emotionen scheinen nicht nur negative zu reduzieren, sondern haben unter anderem einen positiven Einfluss auf die Arbeitsbewältigung, den Berufserfolg, das Beziehungsleben, das Immunsystem oder die Schmerzempfindung (S. 45-47).

Optimismus	<p><i>Optimismus</i> wird als gesundheitsförderndes Persönlichkeitsmerkmal diskutiert, welches mit einer positiven Ergebniserwartung einhergeht.</p> <p>Optimistische Personen zeigen demnach eine erhöhte Durchhaltebereitschaft, ein aktives Bewältigungsverhalten und erleben in ihrem Handeln eher positive Emotionen, was die Lebensqualität verbessern kann (S. 48-50).</p>
Hoffnung	<p>Im Modell von Snyder (2002) wird <i>Hoffnung</i> in zwei Komponenten unterteilt. Der kognitive Anteil bezieht sich auf „die Kompetenz, Ziele zu definieren und aktiv zu verfolgen“. Der motivationale Anteil wird als „Zuversicht, das Ziel erreichen zu können“ und der Motivation, im Sinne der Zielerreichung zu handeln verstanden. <i>Hoffnung</i> weist eine positive Wirkung auf das aktive Bewältigungsverhalten, den Umgang mit chronischen Stressoren und der Verhütung von Depressionen auf (S. 50-53).</p>
Selbstwirksamkeitserwartung	<p>Das Konstrukt der <i>Selbstwirksamkeit</i> wird seit vielen Jahren erforscht und erweist sich als bedeutender protektiver Faktor. Das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen sowie die Einflussnahme auf die Situation und die Möglichkeit zur aktiven und positiven Bewältigung charakterisiert die <i>Selbstwirksamkeitserwartung</i>. Bandura (2001) betrachtet dieses Konstrukt im Zusammenhang mit Resilienz deshalb als bedeutend, weil es sich durch erfolgreiche Lernerfahrungen verstärken kann (S. 54-58).</p>
Selbstwertgefühl	<p>Wird in der deutschen Sprache auch synonym mit <i>Selbstbewusstsein</i> oder <i>Selbstvertrauen</i> verwendet. <i>Selbstwertgefühl</i> bezeichnet die „individuelle Bewertung der eigenen Person“, genau genommen die „affektive und evaluative Komponente der bewussten Selbstwahrnehmung“. Personen mit einem erhöhten Selbstwertgefühl weisen eine höhere Lebenszufriedenheit auf, jedoch konnte die konsistente protektive Wirkung noch nicht bewiesen werden. Vielmehr scheinen die Extreme eines zu tiefen oder übersteigerten Selbstwertgefühls auffallend, da ersteres als Risiko- und letzteres als Schutzfaktor gedeutet werden (S. 58-61).</p>

Kontrollüberzeugungen	<p>Die „subjektive Wahrnehmung oder Beeinflussbarkeit einer Situation“ beschreibt die Funktion von <i>Kontrollüberzeugungen</i>. Diese werden <i>internal</i>, als Ergebnis eigenen Handelns oder <i>sozial-external</i> als Handlungsergebnis anderer, dem Zufall oder Schicksal zugewiesen. In der Resilienzforschung wird die <i>internale Kontrollüberzeugung</i> als schützend betrachtet. Damit verbunden, scheint die internale Komponente eine erhöhte berufliche Zufriedenheit sowie psychische und physische Gesundheit zu generieren. Jedoch sei an dieser Stelle angemerkt, dass das Konstrukt der <i>Kontrollüberzeugungen</i> noch wenig ausdifferenziert ist und die Gefahr einer Vermischung von Risiko- und Schutzfaktoren besteht (S. 61-65).</p>
Kohärenzgefühl	<p>Antonovsky (1989) definiert das <i>Kohärenzgefühl</i> als Lebensorientierung, welches sich in <i>Verstehbarkeit</i>, als Auffassung strukturierter und vorhersehbarer Lebensanforderungen, <i>Bewältigbarkeit</i> als Einstellung über genügend Ressourcen zu verfügen, <i>Sinnhaftigkeit</i> als Empfindung die Anforderungen als sinnvoll zu betrachten und die Bewältigungsbereitschaft aufbringen zu können, gliedert. Über die schützende Wirkung des Kohärenzgefühls ist sich die Resilienzforschung uneinig, jedoch konnte ein günstiger Zusammenhang mit psychischem Wohlbefinden, Widerstandsfähigkeit, Optimismus, Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstwertgefühl und Kontrollüberzeugung festgestellt werden (S. 65-69).</p>
Hardiness	<p>Kobasa (1979) beschreibt <i>Hardiness</i> als Widerstandsfähigkeit eines Individuums, welche folgende drei Komponenten beinhaltet: <i>Commitment</i> (Engagement) bezeichnet die Grundhaltung, Sinn und Bedeutung in diversen Lebensbereichen zu finden und an diesen aktiv teilzuhaben. <i>Control</i> (Kontrolle) betont die Möglichkeit, selbstverantwortlich zu handeln und auf Situationen aktiv Einfluss nehmen zu können.</p>

*Challenge* (Herausforderung) umschreibt die Auffassung, Anforderungen und Veränderungen als Herausforderung und nicht als Bedrohung zu betrachten. Die Kombination dieser drei Komponenten wird vor allem bei Stress am Arbeitsplatz als wichtigster Schutzfaktor betrachtet (S. 69-73).

---

Religiosität und Spiritualität

*Religiosität und Spiritualität* werden als „schwer fassbare Konstrukte“ diskutiert, welche sich durch Überzeugungen und Verhaltensweisen zusammensetzen und unterschiedlicher Definitionen bedienen. *Spiritualität* beschäftigt sich mit den Fragen über Leben und Tod und deren Sinn und Zweck. Die Übernahme „spezifischer Glaubensrichtungen und Traditionssystemen“ sowie die aktive Teilnahme an religiösen Ritualen bezeichnen das Konstrukt *Religiosität*. Letzteres wird in *intrinsische und extrinsische Religiosität* gegliedert und wurde mit dem Modell „positives und negatives religiöses Coping“ nach Pargament (1997) erweitert. *Positives religiöses Coping* lässt vor allem bei einem sehr hohen Stressniveau eine protektive Wirkung vermuten. Hingegen wird *negatives Coping* (Hadern mit Gott, Deutung negativer Ereignisse als Strafe) als Risikofaktor betrachtet (S. 73-77).

---

Coping

*Coping* bezeichnet die Bewältigung von Stress oder kritischen Lebensereignissen. Dabei zentralisieren sich die meisten Bewältigungstheorien auf „problemorientiertes, emotionsbezogenes und vermeidendes Coping“ oder aber auf „Annäherungs- und Vermeidungsstrategien“. Diesbezüglich werden *Bewältigungsstrategien* in Abhängigkeit von umwelt- und situationsbezogenen Aspekten sowie der individuellen Wahrnehmung von Stressoren gesehen. Die Wirksamkeit von *Copingstilen* auf den Resilienzprozess konnte in verschiedenen Studien bewiesen werden, jedoch wird die eindeutige Unterteilung in die oben genannten Stile als unmöglich betrachtet (S. 78-82).

---

---

## Soziale Unterstützung

Die *soziale Unterstützung* wird als „Sammelbegriff verschiedener Formen von sozialer Interaktion“ verwendet und gilt als der am besten belegte psychologische Einflussfaktor auf die psychische Gesundheit. Hierbei ist erwiesen, dass *soziale Unterstützung* unabhängig des Stressors eine protektive Wirkung auf das physische Wohlbefinden und die Gesundheit hat und als Protektor gegen Belastungen dient. Diesbezüglich wird jedoch zwischen „tatsächlich erhaltener“ und „wahrgenommener“ sozialer Unterstützung unterschieden, wobei letztere eine schützendere Wirkung aufweist. Zusammenfassend entfaltet *soziale Unterstützung*, je nach Vorliegen oder Fehlen, ihre Wirkung als Schutz- sowie Risikofaktor und steht jeweils in engem Zusammenhang mit den anderen genannten Schutzfaktoren (S. 82-91).

---

Erläuterung: Resilienzfördernde psychologische Schutzfaktoren. Die Daten stammen aus der systematischen Literaturrecherche nach Bengel und Lyssenko (2012 S. 44-91) welche durch die Autorin zusammengefasst wurden.

## 4. Bezugsmodelle von Resilienz

In diesem Kapitel werden für die Bearbeitung der Thematik und zur Erläuterung des Resilienzprozesses wesentlichen Theorien und Bezugsmodelle aus der Stress- und Bewältigungsforschung dargelegt. Handlungs- und Verhaltensweisen zur Bewältigung sowie die Einflussnahme von Widerstandsressourcen werden anhand des Konzepts der *Salutogenese* untermauert. Das *transaktionale Stressmodell* gibt Aufschluss über die individuelle Bewertung von Stressoren und deren Einfluss auf das Bewältigungsverhalten.

### 4.1 Salutogenese

Das Modell der *Salutogenese* von Aaron Antonovsky (1989) erzeugte aus einer gesundheitsorientierten Perspektive eine Kontroverse zur pathogenen und defizitorientierten Sichtweise in den Gesundheitswissenschaften und erfährt aufgrund seiner interdisziplinären Bezüge Aufmerksamkeit sowohl in den praktischen als auch theoretischen Diskussionen.

Der Medizinsoziologe Antonovsky erschuf mit dem Neologismus *Salutogenese* eine Bezeichnung für die Entstehung von „Glück, Heil, Unverletztheit“. Antonovsky befasste sich nicht nur mit der Entwicklung und Erhaltung von Gesundheit, sondern auch mit den Gründen, weshalb Menschen trotz unzähligen widrigen und pathogenen Faktoren gesund bleiben (Bengel & Lyssenko, 2012, S. 15). Nach dem Salutogenesemodell sind Gesundheit und Krankheit keine Gegensätze, die sich gegenseitig ausschliessen, sondern bilden die Endpunkte eines gemeinsamen Kontinuums. Der Mensch ist demnach nicht entweder gesund oder krank, sondern nähert sich im Laufe des Lebens immer wieder beiden Polen des Kontinuums (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 128). Gesundheit ist nach Antonovskys Vorstellung ein „aktives, dynamisch regulierendes und labiles Geschehen“, wobei das Streben nach Gesundheit als „permanenter und erfolgreicher“ Prozess zu betrachten ist, bei dem der Verlust derselben als „natürlich und allgegenwärtig“ gilt (Bengel & Lyssenko, 2012, S. 15).

Das Modell der Salutogenese orientiert sich neben der Lern- und Verhaltenstheorie übergeordnet an der Stress- und Bewältigungstheorie. Nach Meinung von Antonovsky existieren in allen Bereichen des Lebens Stressoren. Diesbezüglich betrachtet er Stressoren als allgegenwärtig und lebensnotwendig, wobei die Konsequenzen des Stressors nicht zwingend krankmachend sein müssen, sondern gleichwohl von Individuen als gesund angenommen und verarbeitet werden können. Trotz der hohen Stressbelastung können Menschen mit Hilfe von individuellen „Widerstandsressourcen“ und einer adäquaten „Spannungsverarbeitung“ gesund bleiben. Antonovsky plädiert dafür, den Fokus auf die Bewältigung in der Spannungsverarbeitung zu richten und weniger auf die Beschaffenheit der Stressoren (Antonovsky, 1997, S. 16).

Individuelle Eigenschaften, Merkmale und Ressourcen, die eine wirksame *Spannungsverarbeitung* ermöglichen und gegenüber Belastungen Widerstand bieten können, bezeichnet Antonovsky als *Widerstandsressourcen*. Darunter schliesst er physische und biochemische, materielle, kognitive und emotionale, motivationale und soziale sowie makrostrukturelle Faktoren mit ein, welche das Auftreten pathogener Stressoren verhindern oder ihnen erfolgreich entgegenwirken (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 123).

Als wesentliche Einflussgrösse im Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit betrachtet Antonovsky den „sense of coherence (SoC)“, was mit *Kohärenzgefühl* übersetzt wird. Das *Kohärenzgefühl* beschreibt eine Grundhaltung oder Eigenschaft, die mit der Fähigkeit eines Menschen einhergeht, mithilfe der Widerstandsressourcen Belastungen erfolgreich zu begegnen. Das Kohärenzgefühl setzt sich aus den Komponenten *Verstehbarkeit*, *Bewältigbarkeit* und *Sinnhaftigkeit* zusammen. Diese drei Komponenten ermöglichen dem Individuum „die Welt als zusammenhängend, in sich stimmig und sinnvoll“ zu betrachten (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 123).

Folglich beinhaltet das *Kohärenzgefühl* das dynamische und permanente Vertrauen in die Anforderungen des Lebens, welche als „strukturiert, vorhersehbar und erklärbar“ gelten. Weiter drückt das *Kohärenzgefühl* das Vertrauen in die eigenen Kompetenzen und Widerstandsressourcen aus und geht mit der Überzeugung einher, dass „Anforderungen Herausforderungen“ sind, bei deren Bewältigung sich ein Bemühen lohnt (Antonovsky, 1997, S. 36).

Der SoC festigt sich ab der Kindheit bis zum 30. Lebensjahr und verändert sich darauffolgend nur noch minimal. Nach Antonovskys Auffassung ist der SoC als übergeordnete und steuernde Funktion zu betrachten. Im Idealfall führt ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl zu einer ausdauernden, flexiblen und adäquaten Auseinandersetzung mit Stressoren. Im Gegensatz dazu begünstigt ein zu schwacher SoC die pathogene Verarbeitung von Belastungen, da nur wenige Widerstandsressourcen aktiviert werden (Bengel & Lyssenko, 2012, S. 17).

#### **4.2 Das transaktionale Stressmodell**

Für die Beantwortung der Fragestellungen vorliegender Arbeit wählt die Autorin das *transaktionale Stressmodell* von Lazarus (1974), da dieses Modell die subjektive Wahrnehmung und Bewertung von Stress umfasst.

Schwarzer (2000, S. 15) beschreibt Stress aus der transaktionalen Perspektive als Vorgang situativer und subjektiver Einschätzung. Diesbezüglich werden Stressreaktionen nicht nur in Abhängigkeit des Stressreizes gesetzt, sondern vielmehr von der Person, die dem Stressor ausgesetzt ist. Demnach entscheidet das Individuum durch die kognitive Bewertung über das Empfinden oder Nichtempfinden von Stress, inwiefern die Situation (Stressor) als stressend betrachtet wird. Als *Transaktion* wird der dynamische Austauschprozess zwischen Person und Umfeld (Situation) bezeichnet. Das transaktionale Stressmodell wird in die Phasen der *primären Bewertung*, *sekundären Bewertung*, *Bewältigungsverhalten (Coping)* und *Neubewertung* gegliedert, welche in Abbildung 1 verdeutlicht werden.

Bei der *primären Bewertung* kann die Situation in drei Formen als *positiv-angenehm*, *stressend (gefährlich)* oder *irrelevant* beurteilt werden. Falls die Situation in der primären Bewertung irrelevant oder positiv gewertet wird, erfolgt kein Stresserleben. Wird die Situation jedoch als stressend wahrgenommen, kann sie als Verlust, Bedrohung oder Herausforderung empfunden werden, worauf die sekundäre Bewertung folgt. In der *sekundären Bewertung* werden die vorhandenen intra- und extrapersonalen Ressourcen geprüft und die Bewältigungsmöglichkeiten abgewogen, um das persönliche Wohlergehen zu sichern oder wiederherstellen zu können.

Falls über mangelnde Ressourcen zur Bewältigung verfügt wird oder die Situation für das eigene Wohlergehen als ungünstig betrachtet wird, entsteht eine Stressreaktion. Darauf folgt das *Bewältigungsverhalten*, eine Phase, in der die Auswahl und Verwirklichung von Copingstrategien (vgl. Kapitel 2.3) bestimmt wird (Schwarzer, 2000, S. 15-16).

In der *Neubewertung* wird das Ergebnis des Bewältigungsverhaltens bewertet. Diese Einschätzung erzeugt eine Anpassung an die neue Situation und kann im Sinne eines Lerneffekts, in zukünftigen Situationen angewendet werden (Schwarzer, 2000, S. 15-16).

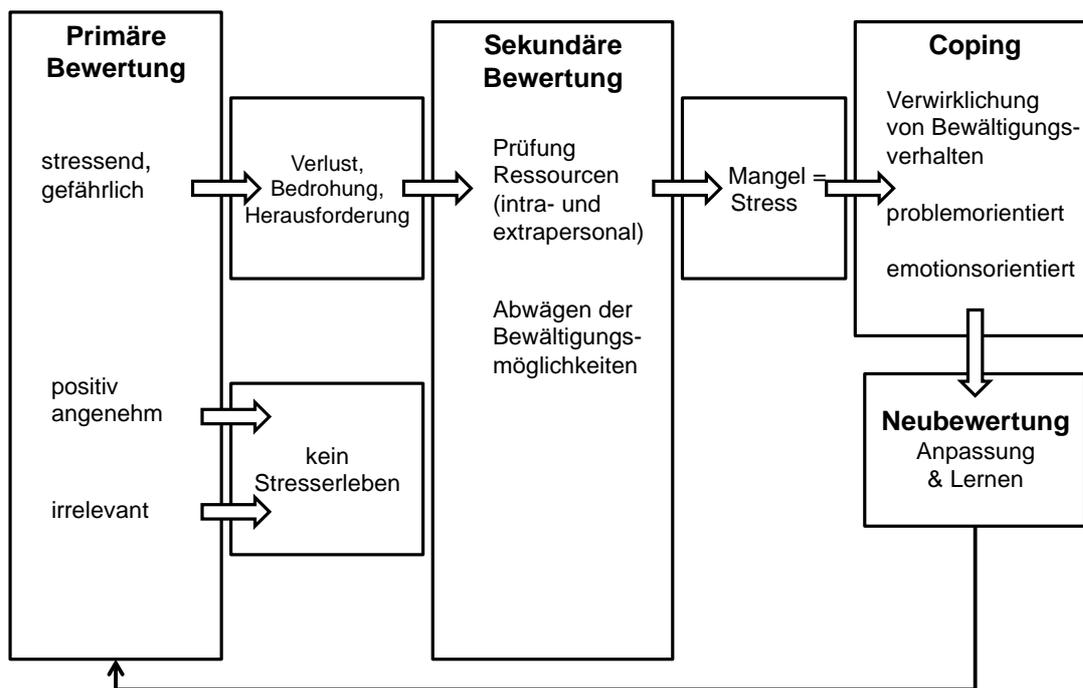


Abbildung 1. Vorgänge des transaktionalen Stressmodells nach Lazarus (1974) und Schwarzer (2000)

## **II Empirischer Teil**

### **5. Forschungsgegenstand und Untersuchungsmethode**

In diesem Kapitel wird die Ausgangslage und Methode der Untersuchung vorliegender Arbeit erläutert. Die Rekrutierung der Stichprobe sowie die Datenerhebung und Verarbeitung geben Aufschluss über den empirischen Prozess.

#### **5.1 Ausgangslage**

Nach Meinung der Autorin gelten die Fachpersonen als Expertinnen und Experten ihrer persönlichen Verarbeitungs- und Bewältigungsstrategien und bestimmen demzufolge selbst, welches Verhalten und welche Interventionen für sie umsetzbar und wirksam sind. Ausgehend von dieser Annahme legt die Autorin den Fokus auf die Erfassung der individuellen Bewältigungsstrategien und setzt diese anhand der Stressbelastung in den Kontext von Resilienz und psychischer Gesundheit am Arbeitsplatz der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Die Autorin arbeitet seit einem Jahr als Dipl. Pflegefachfrau und Sozialpädagogin im Bachelorstudiengang auf einer stationären psychiatrischen Aufnahmestation einer Kinder- und Jugendpsychiatrie. Durch ihre interdisziplinäre Sichtweise in einem interdisziplinär geführten Team, betrachtet die Autorin die Auseinandersetzung mit der psychischen Widerstandsfähigkeit der Fachpersonen nicht nur für die Institutionen der Sozialen Arbeit als bedeutsam und relevant. Vielmehr sind die Fachpersonen selbst aufgefordert, selbstverantwortlich, bewusst und reflektiert mit ihrer psychischen Gesundheit umzugehen. Aus Sicht der Autorin wird der Diskurs über den Umgang mit belastenden Ereignissen benötigt, um eine Sensibilisierung für die eigene psychische Gesundheit zu erreichen.

#### **5. 2 Methode**

Um dem Kernanliegen der vorliegenden Arbeit nachzugehen, wurden Fragen anhand einer Online-Befragung mit ausgewählten Fachpersonengruppen (vgl. Kapitel 1.3 und 5.2.1) aus stationären psychiatrischen Settings für Kinder und Jugendliche durchgeführt. Der Fragebogen wurde im Umfragetool auf dem Portal *umfrageonline.ch* erstellt. Folgend werden die zentralen Aspekte und Themen des Fragebogens erläutert. Die Befragung umfasste insgesamt 14 Fragen. An dieser Stelle verweist die Autorin auf den vollständigen Fragebogen im Anhang.

Die eingangs des Fragebogens erfragten Angaben zur Person bezogen sich auf die *Funktion*, *Dauer der Anstellung*, das *Geschlecht* und *Alter* der Befragten (Fragen 1-4, geschlossene Fragestellung).

Die Autorin orientierte sich für die Gliederung des Fragebogens an zwei von drei in Kapitel 4.2 erläuterten Teilen des transaktionalen Stressmodells nach Lazarus (Bewertung von Stress und Bewältigung). Hierzu wurden im ersten Teil die *Form der Stressoren (interne und externe)*, die *Dauer* in denen die Fachpersonen den Stressoren ausgesetzt sind (*akut/einmalig oder chronisch*) und die selbstwahrgenommene *Stressbelastung* erfragt (Frage 5-7). Folgend werden die Fragetypen und die Antwortmöglichkeiten beschrieben.

- Frage 5: geschlossene Fragestellung mit Bewertungsskala anhand von *nicht, wenig, mittel, ziemlich, sehr* (1-5) um die Belastungsintensität zu erfragen. Die Häufigkeit wurde mit der Bewertungsskala *nie, selten, oft, immer* erfragt (-- nie, - selten, + oft, ++ immer).
- Frage 6: geschlossene Fragestellung mit Bewertung der Situation aufgrund einer Bewertungsskala von *nie, selten, oft, immer, nicht beurteilbar* (1-5).
- Frage 7: Das Stresserleben wurde anhand einer grafischen Bewertungsskala zwischen 0 (*niedrig*) und 100 (*hoch*) erfragt.

Im zweiten Teil wurden *Ressourcen und Schutzfaktoren* im Umgang mit belastenden Situationen in den verschiedenen Settings der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie exploriert (Fragen 8-11). Die *Ressourcen und Schutzfaktoren* bezogen sich auf das individuelle Bewältigungsverhalten und die wirksamen Massnahmen wurden in Form von *individuellen Bewältigungsstrategien* erfragt. Folgend werden die Fragetypen und die Antwortmöglichkeiten des zweiten Teils beschrieben.

- Frage 8: Erfragt wurden die internen und externen Ressourcen und Schutzfaktoren. Die Antwort konnte anhand einer Mehrfachauswahl gegeben werden.
- Frage 9: offene Fragestellung zu Bewältigungsstrategien mit mehrzeiligem Eingabefeld unterteilt in zeitliche Episoden.
- Frage 10: Um die ritualisierte Bewältigungsstrategie zu erfragen, wurde eine Einfachauswahl einer geschlossenen Frage (*ja/nein*) mit optionalem Textfeld (offene Frage; *falls ja, welche*) gestellt.
- Frage 11: Anhand einer Bewertungsskala (1-5) von *nicht zutreffend* bis zu *völlig zutreffend* wurde die Neigung/Tendenz zu Strategien erfragt.

Im dritten und letzten Teil wurde auf Basis der in der vorliegenden Arbeit beschriebenen Resilienztheorien per Skalierungsfragen dem selbstwahrgenommenen *Wohlbefinden*, der *psychischen Gesundheit* und der *Verantwortlichkeit* darüber nachgegangen (Fragen 12-14). Folgende Fragetypen und Antwortmöglichkeiten standen zur Auswahl.

- Frage 12: grafische Bewertungsskala zum Wohlbefinden der Befragten von 0 (*ungenügend*) bis 100 (*überragend*)

- Frage 13: grafische Bewertungsskala zur aktuellen psychischen Gesundheit von 0 (*ich fühle mich psychisch krank*) bis 100 (*ich fühle mich psychisch gesund*).
- Frage 14: In einer Bewertungsskala wurde die Verantwortung über die eigene psychische Gesundheit von 1 (*ich selbst*) bis 9 (*mein Arbeitgeber*) erfragt.

### 5.2.1 Rekrutierung der Stichprobe

Bevor die Mitarbeitenden befragt wurden, holte die Autorin beim Leiter und stellvertretenden Leiter der Pflege und Pädagogik der Kinder- und Jugendpsychiatrie das Einverständnis für eine Mitarbeiterbefragung ein. Als Grundlage für die Gespräche diente das Exposé. Hiermit konnten das übergeordnete Thema und die Fragestellungen vorgestellt werden. Nach dem Erhalt des Einverständnisses wurde die Auswahl der stationären Settings in Absprache mit der stellvertretenden Leitung Pflege und Pädagogik getroffen. Als Einschlusskriterium für die Stichprobe wurden Fachpersonen ausgewählt, die in ihrer täglichen Arbeit mit den in Kapitel 1.1 genannten Belastungen und in dem in Kapitel 1.3 definierten stationären psychiatrischen Setting tätig sind. Namentlich Fachpersonen aus den Berufen der Sozialen Arbeit, in der Funktion als Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, den Gesundheitsberufen in der Funktion als diplomierte Pflegefachpersonen sowie Auszubildende (HF, FH) beider Disziplinen. Weitere Personen, welche sich in ihrem Arbeitsalltag auf den ausgewählten Stationen aufhalten wie Zivildienstleistende, Praktikantinnen, Praktikanten, Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten, Ärztinnen und Ärzte, wurden von der Befragung ausgeschlossen. Insgesamt 63 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erfüllten die Kriterien für die Stichprobe. Auf den jeweiligen Stationen gaben die Stationsleiterinnen und Stationsleiter nach der Vorstellung der Forschungsarbeit und der Klärung der Rahmenbedingungen durch die Autorin, ihr Einverständnis für die Mitarbeiterbefragung.

### 5.2.2 Datenerhebung

Die Online-Befragung wurde klinikintern per Link über einen Mailverteiler an die Stichprobe versendet. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erhielten die Möglichkeit, den Fragebogen am Arbeitsplatz und während der Arbeitszeit auszufüllen. Die Teilnahme an der Befragung erfolgte freiwillig und anonym. Die Online-Befragung wurde im Zeitraum von Anfang der Kalenderwoche 41 bis Ende der Kalenderwoche 42 aufgeschaltet. Die Autorin hat mittels E-Mail-Nachricht (Reminder) Anfang der Kalenderwoche 42 nochmals auf die Befragung aufmerksam gemacht.

### *5.2.3 Datenaufbereitung*

Die Stichprobe umfasste 63 Fachpersonen. Davon haben 46 den Fragebogen geöffnet und 35 Personen haben ihn vollständig ausgefüllt.

Die Antworten der Umfrageteilnehmenden konnten per Kalenderwoche 43 in Form von Rohdaten zur Weiterverarbeitung aus dem Umfrageportal exportiert werden. Die Rohdaten wurden durch die Autorin in grafischer und quantitativer Form (Diagramme/Tabellen) zur Veranschaulichung und Verständlichkeit aufbereitet. Die Frage 10 wurde zur übersichtlichen Darstellung aufgrund der Anzahl der Antwortmöglichkeiten in sechs Kategorien aufgeteilt. Diese Kategorien werden in Kapitel 6.2 der vorliegenden Arbeit erläutert und in tabellarischer Form dargestellt.

### *5.2.4 Datenauswertung*

Für die Datenauswertung wurden ausschliesslich Daten der 35 vollständig ausgefüllten Fragebogen berücksichtigt (N = 35). Die elf unvollständig ausgefüllten Fragebogen wurden von der Autorin ganzheitlich für die Auswertung der Ergebnisse ausgeschlossen. Der Ausschluss fand statt, um die Ergebnisse nicht durch unvollständige und ungenaue Einzeldaten zu verfälschen. Die gesamthaft berücksichtigten Daten umfassten 2 716 Antworten. Die Auswertung erfolgt nach der in Kapitel 5.2 der vorliegenden Arbeit beschriebenen Gliederung.

Von den 35 Personen (100%) sind 37.14% in der Funktion als Sozialpädagogin/Sozialpädagoge angestellt. Als Pflegefachfrau oder als Pflegefachmann sind 45.72% beschäftigt. Die Auszubildenden der Sozialpädagogik sind mit 11.43% und die Auszubildenden zur Pflegefachfrau, zum Pflegefachmann mit 5.71% vertreten. Zu 65.70% sind die Befragten weiblichen und zu 34.30% männlichen Geschlechts. Von den Befragten sind 75% zwischen 24 und 35 Jahre alt. Erfragt wurden die Altersklassen in Fünfjahresschritten von 18 bis 60 Jahren. Fast die Hälfte (48.57%) ist zwischen drei und fünf Jahren in der aktuellen Funktion in der Kinder- und Jugendpsychiatrie angestellt. Fast ein Viertel (22.86%) ist seit einem bis zwei Jahren in der aktuellen Funktion tätig. Sechs Mitarbeitende (17.14%) sind weniger als 12 Monate angestellt. Vier der 35 Personen (11.43%) sind zwischen sechs und 15 Jahren in der aktuellen Funktion tätig.

## 6. Darstellung der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Untersuchung dargestellt. Die Reihenfolge der Darstellung orientiert sich an der in Kapitel 5.2 dargelegten dreiteiligen Gliederung. Als erstes werden die belastenden Faktoren (Stressoren), deren Bewertung und Häufigkeit dargelegt. Danach folgt die Exploration der Ressourcen, Schutzfaktoren und individuellen Bewältigungsstrategien. Abschliessend werden die Ergebnisse zum selbstwahrgenommenen psychischen Gesundheitszustand erläutert.

### 6.1 Stressoren und individuelle Stressbelastung

Die Abbildung 2 gibt einen Überblick über die empfundene Belastung der externen und internen Stressoren am Arbeitsplatz der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie deren Häufigkeit des Auftretens.

Suizidales Verhalten und das Durchführen von Zwangsmassnahmen werden als mittlere bis ziemliche Belastung eingestuft, gefolgt von physischer Gewalt (wie Schubsen, Klemmen, Schlagen) und hohen Arbeitsanforderungen (externe Stressoren). Dabei ist ersichtlich, dass die am stärksten empfundenen Belastungen (suizidales Verhalten und Durchführen von Zwangsmassnahmen) im Verhältnis zur Intensität nur selten (34%) auftreten. Das Gefühl von Frustration, der Zeitdruck, das selbstverletzende Verhalten und verbale aggressive Äusserungen wie Beschimpfen oder Drohen betrachten die Befragten als wenig bis mittel belastend. Weiter ist ersichtlich, dass selbständiges Arbeiten (70%), Verantwortungsbereitschaft (70%) und unvorhergesehene Situationen (63%) oft auftreten, jedoch als weniger belastend empfunden werden.

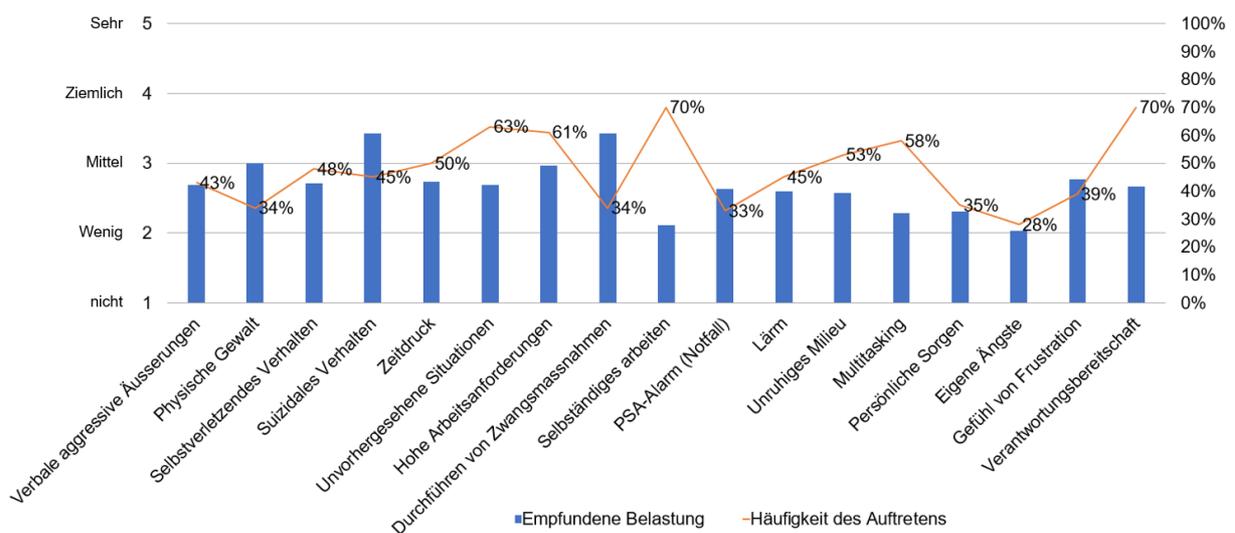


Abbildung 2. Belastung der Stressoren und deren Häufigkeit des Auftretens

In Tabelle 2 ist ersichtlich, dass die Befragten sich oft bis immer von ihrem Team unterstützt fühlen und der Ansicht sind, über die nötigen Ressourcen zu verfügen, um die belastenden Situationen zu bewältigen. Weiter werden die auftretenden Belastungen mehrheitlich als Herausforderung gewertet. Ausserdem gibt die Mehrheit der Befragten an, sich in solchen Situationen nur selten ausgeliefert zu fühlen und selten Angst oder das Gefühl zu verspüren, diese nicht meistern zu können.

Tabelle 2

*Bewertung der belastenden Situationen*

<b>In diesen Situationen:</b>	<b>nie</b>	<b>selten</b>	<b>oft</b>	<b>immer</b>	<b>nicht beurteilbar</b>
habe ich das Gefühl, diese nicht meistern zu können	14.29%	85.71%	-	-	-
verspüre ich anschliessend eine Frustration	11.43%	62.86%	22.86%	-	2.86%
fühle ich mich im Team ausreichend unterstützt	-	-	54.29%	45.71%	-
verfüge ich über die nötigen Ressourcen um diese zu bewältigen	-	-	80.00%	17.14%	2.86%
bewerte ich diese mehrheitlich als Herausforderung	-	17.65%	67.65%	14.71%	-
verspüre ich Angst	11.43%	80.00%	5.71%	-	2.86%
fühle ich mich ausgeliefert	17.14%	87.43%	5.71%	2.86%	2.86%

Erläuterung: Angabe der Häufigkeit in Prozent bei einer Antwortkategorie von 1-5 (nie/selten/oft/immer/nicht beurteilbar).

Neben der Erfragung der Belastung und Häufigkeit von Stressoren, ist in Abbildung 3 das durchschnittliche Stressempfinden der Befragten ersichtlich. Pro Person war eine Einstufung der Stressbelastung zwischen *niedrig* (0) und *hoch* (100) möglich. Die Abbildung 3 zeigt eine gleichmässige Verteilung mit einer durchschnittlichen Stressbelastung von 41.49%.

Die Stressbelastung wird von 22 der Befragten als niedrig bis mittelmässig eingeschätzt. Die anderen 13 Befragten empfinden das Stressniveau als höher.

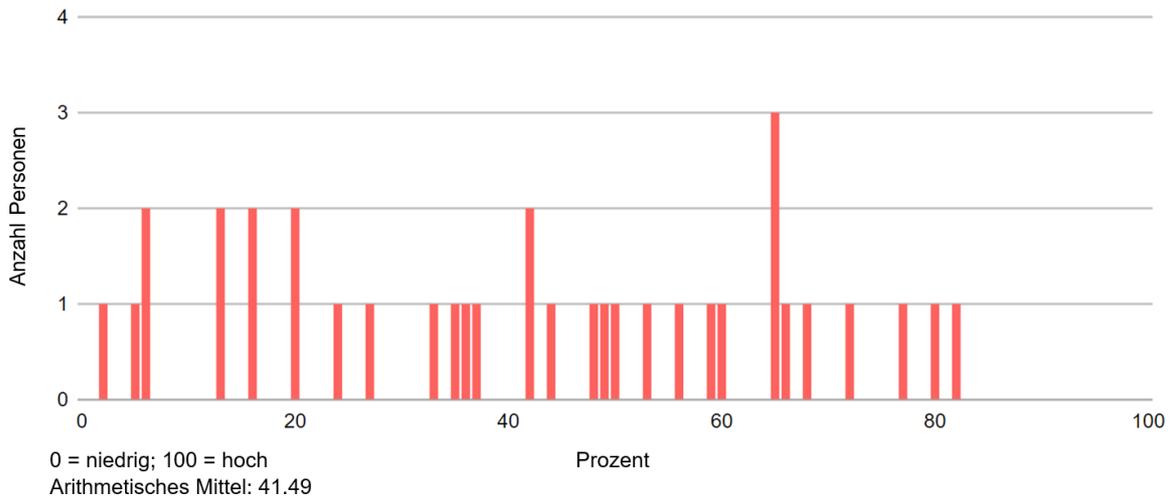


Abbildung 3. Durchschnittliches individuelles Stressempfinden

## 6.2 Ressourcen, Schutzfaktoren und Bewältigungsstrategien

Abbildung 4 verdeutlicht Ressourcen und Schutzfaktoren, welche die Befragten als wirksam betrachten. Hierbei gelten Humor und Lachen (94.30%), positive Lebenseinstellung (91.40%), Arbeitskollegen und Arbeitskolleginnen (91.40%) sowie Selbstvertrauen (85.70%) und Erfahrung (80%) als wirksamste Ressourcen. Gefolgt von der sozialen Unterstützung durch Familie (74.30%), Freunde (68.60%) sowie Lebenspartner und Lebenspartnerin (65.70%). Ebenfalls werden Sport (65.70%), Musik (45.70%), Bildungsstand (45.70%) und Entspannungsübungen/autogenes Training/Meditation (37.10%) als wirksame Ressourcen angegeben.

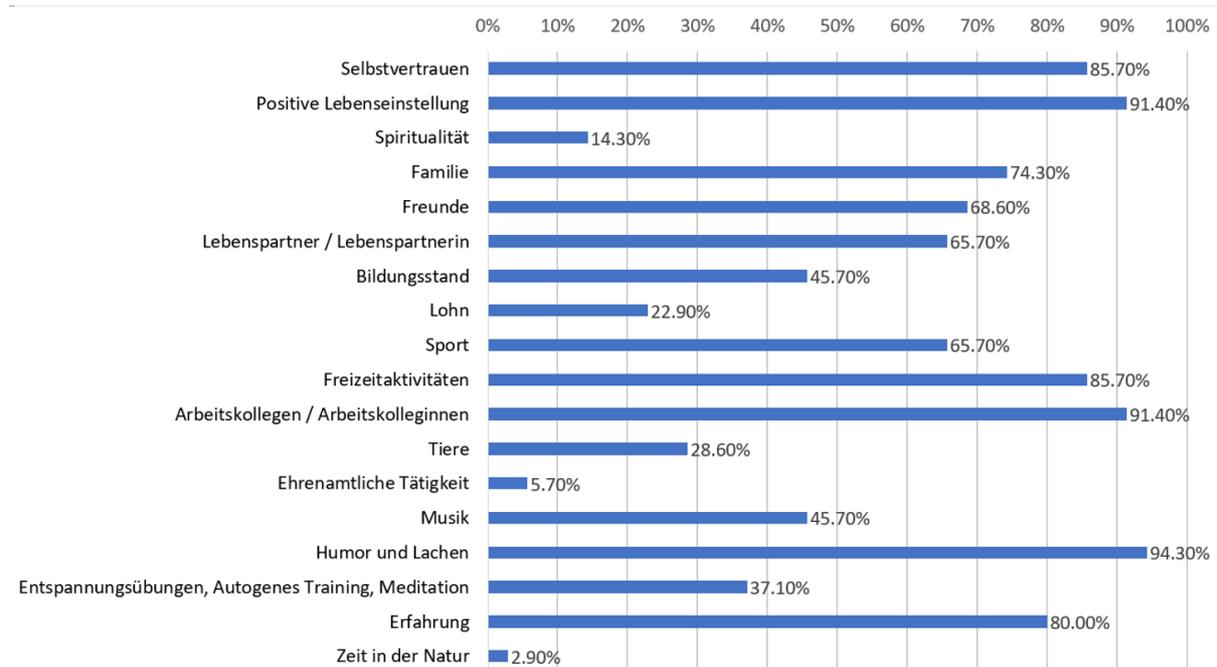


Abbildung 4. Wirksame Ressourcen und Schutzfaktoren im Umgang mit Belastungen

Die Befragung der individuellen Bewältigungsstrategien wurde mit zeitlichen Episoden strukturiert. In dieser offenen Fragestellung waren Mehrfachantworten möglich. Zur übersichtlichen Darstellung wurde aufgrund der Diversität der Antworten die Einteilung in sechs Kategorien vorgenommen. Die Kategorien und Ergebnisse sind in Tabelle 3 dargestellt. Die Kategorie „Austausch, Problemanalyse und Reflexion“ umfasst alle Angaben zu Gesprächen im Team mit Vorgesetzten oder im sozialen Umfeld wie beispielsweise „Nachbesprechen mit Arbeitskollegen“, „Austausch im Team“ und „Befinden meinem Ehemann telefonisch mitteilen“ sowie reflexive Prozesse und Problemanalyse wie „Schlüsse daraus für weitere Arbeit mitnehmen“, „Supervision“ oder „für mich einordnen, was hätte ich anders machen können, was hätte ich wahrscheinlich nicht beeinflussen können“.

Die Kategorie „Pause“ beinhaltet Aussagen wie „Kopf durchlüften“, „eine Zigarette rauchen“ oder „frische Luft“.

In der Kategorie „Heimweg nutzen“ wurden alle Angaben der Befragten impliziert, welche sich mit dem Nachhause gehen oder der aktiven Nutzung der Strecke nach Hause befassen. Beispielaussagen dazu sind: „den Heimweg nutzen, um runter zu fahren“, „Auslüften auf dem Velo“ oder „räumliche Distanz schaffen, Heim gehen“.

Unter „Ablenkung, Musik, Sport und Hobby“ werden Angaben berücksichtigt, welche sich mit der aktiven Ablenkung: „bewusster Umgang mit Abschalten von der Arbeit“ durch Sport: „Sport machen, in die Natur gehen“, Bewegung wie „Spaziergang“ oder dem Ausführen von Freizeitaktivitäten und Hobbys: „gehe ins Tauchen und unternehme Dinge, die mir Freude bereiten“, befassen. Unter die Kategorie „soziale Kontakte“ wurden Aussagen aufgenommen, die explizit die Kontaktaufnahme und den Austausch mit dem sozialen Umfeld beschreiben, zum Beispiel: „Familienzeit“, „Freunde treffen“ oder „Austausch mit Partner aus ähnlichem Arbeitsfeld“. In der letzten Kategorie „Entspannung“ wurden Angaben aufgenommen, die mit Formen aktiver Entspannung wie „Meditation“, „Beine hochlegen“ oder „TRE“ (Tension and Trauma Releasing Exercises) einhergehen.

Teilweise wurden weniger aussagekräftige Antworten gegeben, die sich nicht in eine Kategorie einfügen liessen, wie beispielsweise „das Leben geht weiter“, „normaler Alltag“ oder „kommt sehr auf die Situation darauf an“. Diese Angaben wurden von der Autorin nicht kategorisiert.

Die qualitative Exploration der individuellen Bewältigungsstrategien hat ergeben, dass jede Person mindestens einmal pro zeitliche Episode angibt, die Kategorie „Austausch, Problemanalyse und Reflexion“ im Team mit Arbeitskollegen oder Vorgesetzten direkt nach dem belastenden Ereignis oder im privaten Umfeld (Familie, Partner oder Freunden) nach Dienstschluss, in den darauffolgenden Tagen und Wochen zu nutzen und als wirksam zu empfinden. Weiter wird „Ablenkung, Musik, Sport und Hobby“ längerfristig angewendet und oder in Kombination mit dem Ersuchen von „sozialen Kontakten“ umgesetzt.

Die Kategorie „Heimweg nutzen“ wird von der Hälfte der Befragten umgesetzt. Weiter werden Massnahmen zur aktiven Entspannung angegeben.

Tabelle 3

*Individuelle Bewältigungsstrategien nach Kategorien*

<b>Kategorien:</b>	nach dem belastenden Ereignis	Nach Dienstende	Zuhause	In den darauffolgenden Tagen	In den kommenden Wochen
Austausch, Problemanalyse, Reflexion	31	8	12	26	20
Pause	12	-	-	-	-
Heimweg nutzen	-	17	-	-	-
Ablenkung, Musik, Sport, Hobby	-	13	17	9	5
Soziale Kontakte	-	3	21	7	1
Entspannung	-	-	10	2	4

Erläuterung: Anzahl der genannten Bewältigungsstrategien pro Person

Die Tabelle 4 gibt einen Überblick über die Strategien, zu denen die Befragten am ehesten tendieren. Über die Hälfte der Befragten (52.43%) empfinden die Strategie „darüber reden“ als für sich völlig zutreffend. Weiter treffen für fast die Hälfte der Befragten die „Problemanalyse“ (45.71%), das „sich Ablenken“ (42.86%) und „Akzeptieren“ (40%) als Strategie zu. Die Bewältigungsstrategie „Vermeiden“ wird von 48.57% der Befragten mit der Kategorie 2 als weniger zutreffend betrachtet. Im Gegenteil dazu, gibt die Mehrheit der Befragten an, dass „Weinen“ (68.75%) sowie „Wut ausleben“ (54.29%), „sich zurückziehen“ (48.57%), „Selbstbeschuldigung“ (42.68%) und „Vermeiden“ (40%) für sie unzutreffende Strategien sind.

Tabelle 4

*Auswahl möglicher Bewältigungsstrategien*

<b>Strategien</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
darüber reden	-	2.86%	5.71%	40.00%	51.43%
um Hilfe fragen	2.86%	17.14%	31.43%	31.43%	17.14%
Vermeiden	40.00%	48.57%	11.43%	-	-
sich zurückziehen	48.57%	28.57%	17.14%	5.71%	-
sich ablenken	2.86%	11.43%	17.14%	42.86%	25.74%
Wut ausleben	54.29%	24.29%	8.57%	2.86%	-
Hadern	34.29%	34.29%	25.71%	5.71%	-
Problemanalyse	2.86%	8.57%	17.14%	45.71%	25.71%
Akzeptieren	8.57%	14.29%	31.43%	40.00%	5.71%
Grübeln	8.57%	25.71%	34.29%	22.86%	8.57%
Selbstbeschuldigung	42.86%	37.14%	17.14%	2.86%	-
Weinen	68.57%	20.00%	11.43%	-	-

Erläuterung: nicht zutreffend (1) bis völlig zutreffend (5)

Folgende Rituale zu den Bewältigungsstrategien wurden genannt: „Gesicht und Arme/Hände waschen“, „zu Hause neue Kleidung anziehen“, „Abschminken“, „Haare öffnen“ und „beim Verlassen des Arbeitsplatzes Schlüssel bewusst versorgen“. Weiter wurden „Meditation“, „Spiritualität“ unter anderem „Gebet, Kontakt mit Gott“, aber auch „Zigarette rauchen“ und „10 Minuten alleine durchschnaufen“ von den Befragten als Rituale angegeben.

### 6.3 Wohlbefinden und psychische Gesundheit

Abbildung 5 stellt das durchschnittlich empfundene Wohlbefinden der Befragten dar. Pro Person war eine Schätzung des eigenen Wohlbefindens zwischen *ungenügend* (0) und *überragend* (100) möglich. Das durchschnittlich empfundene Wohlbefindens ist mit 69.94% im oberen Bereich angesiedelt beziehungsweise schätzen 30 von 35 der Befragten ihr Wohlbefinden als genügend bis überragend ein.

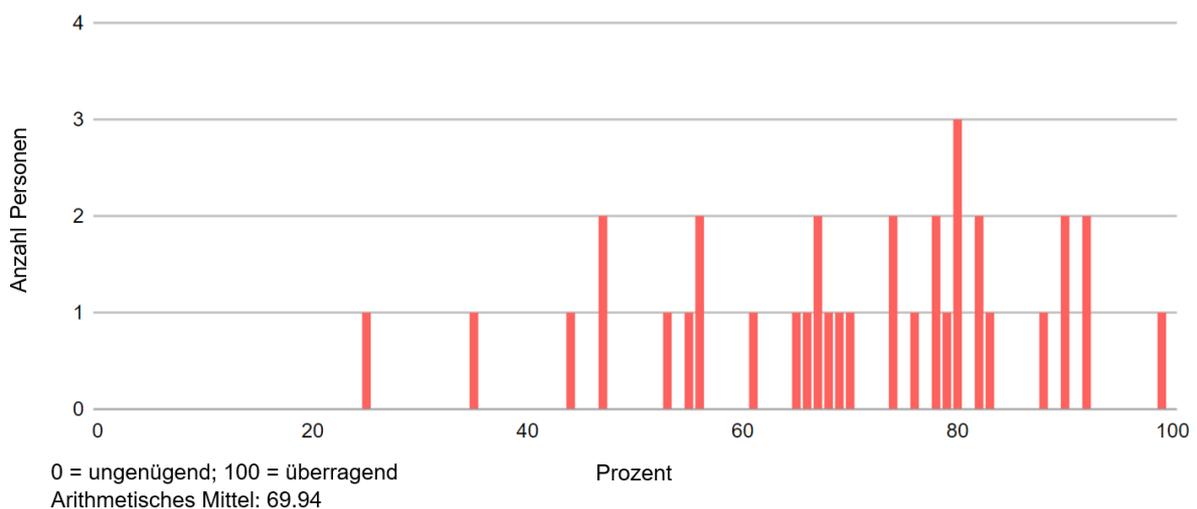
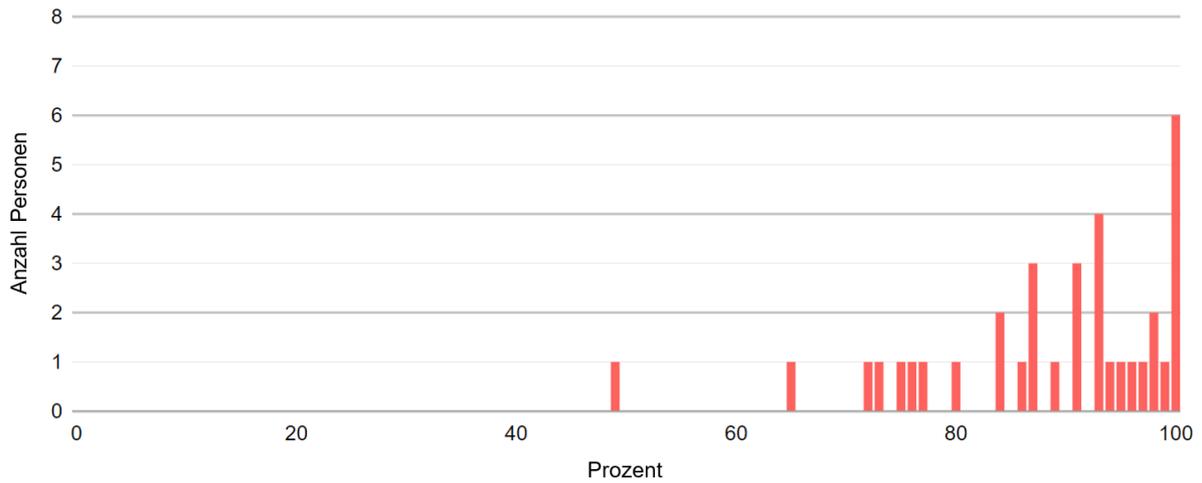


Abbildung 5. Durchschnittlich empfundenes Wohlbefinden

Im Zusammenhang mit dem Wohlbefinden wurde die aktuell selbstwahrgenommene psychische Gesundheit erfragt. Pro Person war eine Einschätzung der eigenen psychischen Gesundheit zwischen *ich fühle mich psychisch krank* (0) und *ich fühle mich psychisch gesund* (100) möglich. Abbildung 6 zeigt, dass sich die Befragten in diesem Kontinuum mit einem Durchschnitt von 88.37% psychisch gesund fühlen.



0 = ich fühle mich psychisch krank; 100 = ich fühle mich psychisch gesund  
 Arithmetisches Mittel: 88.37

*Abbildung 6. Aktuell selbstwahrgenommene psychische Gesundheit*

Im Zusammenhang mit der eigenen psychischen Gesundheit gibt die Mehrheit der Befragten an, selbst die grösste Verantwortung für ihre psychische Gesundheit zu tragen.

## 6.4 Zusammenfassung der Ergebnisse

Aus den Ergebnissen der Umfrage zu den Belastungen und individuellen Bewältigungsstrategien am Arbeitsplatz der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind aus Sicht der Autorin folgende Resultate besonders erwähnenswert:

- Bei den befragten Fachpersonen aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie gelten „suizidales Verhalten“ der Patientinnen und Patienten, „psychische Gewalt“, das „Durchführen von Zwangsmassnahmen“ und „hohe Arbeitsanforderungen“ als die am höchsten gewerteten Belastungen, werden jedoch nicht als andauernde Stressoren bewertet.
- Hingegen werden diejenigen Ereignisse, welche öfter auftreten, als weniger belastend betrachtet wie beispielsweise „selbständiges Arbeiten“ oder „Multitasking“.
- In der Bewertung der belastenden Situationen verfügen 80% über die nötigen Ressourcen, um die Belastung zu bewältigen und bewerten diese mehrheitlich als Herausforderung.
- Die Einschätzung der selbstwahrgenommenen Stressbelastung zeigt, dass die Belastung von den Befragten unterschiedlich wahrgenommen wird.
- „Humor und Lachen“ (94.30%), „positive Lebenseinstellung“ (91.40%) und „Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen“ (91.40%) sind in der Stichprobe die am wirksamsten empfundene Ressourcen und Schutzfaktoren. Auch „Selbstvertrauen“ (85.70%) und „Erfahrung“ (80.00%) werden als wirksame Ressourcen und Schutzfaktoren angegeben.
- Das Merkmal der Bewältigungsstrategien direkt nach den belastenden Ereignissen, zeichnet sich durch den Austausch mit Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen, Familie und Freunden aus. Gleichzeitig werden zur Ablenkung unterstützende Massnahmen wie Sport, Musik und Hobby als Bewältigungsstrategie genannt.
- Fast die Hälfte der Befragten (17 von 35) nutzen den Heimweg zum „Abschalten und den Kopf durchlüften“. Ein Drittel der Befragten wendet aktive Entspannungsmethoden an. Ebenfalls wurden Rituale zur Bewältigung angegeben.
- Die Mehrheit der Befragten schätzt ihr Wohlbefinden als gut bis überragend ein und betrachtet sich im Kontinuum zwischen psychisch krank und psychisch gesund im oberen Drittel von *psychisch gesund*. Zudem geben die Fachpersonen an, selbst die grösste Verantwortung für die eigene psychische Gesundheit zu tragen.

## **7. Diskussion**

Im vorliegenden Kapitel werden die Ergebnisse der Befragung durch die Autorin interpretiert und der Erkenntnisgewinn dargelegt. Anschliessend werden die Fragestellungen beantwortet und Schlussfolgerungen gezogen. Abschliessend folgt die kritische Würdigung hinsichtlich der Methode und Thematik der vorliegenden Arbeit.

### **7.1 Interpretation und Erkenntnisse der Ergebnisse**

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Befragung interpretiert. Die Erkenntnisse werden erläutert und die Autorin zieht Rückschlüsse auf die in der vorliegenden Arbeit vorgestellten Theorien.

#### *7.1.1 Erkenntnisse Stressoren und individuelle Stressbelastung*

Wie im transaktionalen Stressmodell (vgl. Kapitel 4.2) erklärt, werden Stressoren kognitiv und subjektiv wahrgenommen und beurteilt. In der Untersuchung wird ersichtlich, dass die Fachpersonen Stressoren und Stress subjektiv einschätzen und bezüglich der Intensität und Häufigkeit unterschiedlich bewerten. Weiter kann anhand der Ergebnisse zu den belastenden Faktoren aufgezeigt werden, dass am Arbeitsplatz der Kinder- und Jugendpsychiatrie Stressoren existieren und von den befragten Mitarbeitenden auch als solche bewertet werden. Gewisse Belastungen wie die Durchführung von Zwangsmassnahmen oder suizidales Verhalten von Patientinnen und Patienten können als psychosoziale Risikofaktoren für die psychische Gesundheit gewertet werden, da sie von der Mehrheit der Befragten als Belastung angegeben wurden. In diesem Zusammenhang scheinen externe Faktoren wie das Durchführen von Zwangsmassnahmen, verbale und physische Gewalt sowie hohe Arbeitsanforderungen als stärkere Belastung empfunden zu werden als interne Faktoren wie beispielsweise persönlichen Sorgen oder eigene Ängste. Ein möglicher verstärkender Aspekt könnte die reduzierte Einflussnahme und Vorhersehbarkeit auf externe Faktoren sein, da strukturelle Vorgaben wenig beeinflussbar sind und die Reaktionen der Patientinnen und Patienten als unwillkürlich und unvorhersehbar zu interpretieren sind (vgl. Kapitel 4.1). Die Autorin schliesst daraus, dass externe Faktoren schwieriger zu steuern sind und somit als belastender bewertet werden als die internen Faktoren. Andererseits stellte die Autorin im Fragebogen mehr externe als interne Faktoren zur Auswahl, woraus sich die höhere Bewertung erklären lässt.

Demgegenüber wurden selbstständiges Arbeiten oder Multitasking als wenig stressend beurteilt. Angesichts dieses Aspekts kann angenommen werden, dass gewisse Arbeitsanforderungen als Voraussetzung für die Arbeit im Handlungsfeld betrachtet werden, wodurch diese von den Befragten nicht als Stressoren erlebt werden.

Im Zusammenhang mit den in Kapitel 3.1 erläuterten Merkmalen von Stressoren und Stress betrachtet die Autorin die Mehrheit der Stressoren am Arbeitsplatz der Kinder- und Jugendpsychiatrie als negativ und nicht-normativ. Verbale psychische Gewalt kann als negativer und normativer Stressfaktor betrachtet werden. Physische Gewalt (Selbst- und Fremdverletzung) ordnet die Autorin aufgrund der Häufigkeit des Auftretens in der Kinder- und Jugendpsychiatrie als negativ und nicht-normativ ein. Obwohl die Befragten die meisten Alltagsstressoren am Arbeitsplatz allgemein als Herausforderung betrachten, können traumatische Auswirkungen (Verlust und Bedrohung) auf die Fachpersonen nicht ausgeschlossen werden (vgl. Kapitel 3.1).

Die Autorin vermutet, dass die Beurteilung des aktuellen Stressniveaus und der psychischen Gesundheit von der aktuell empfundenen Situation auf der Abteilung (z.B. Gruppendynamik, Schwere der psychischen Störungsbilder, Arbeitsaufwand, Teamkonstellation) abhängig gemacht werden kann. Diese Annahme könnte die Ergebnisse zum heterogenen Stressempfinden der Befragten erklären. Dazu erhielt die Autorin spontane Rückmeldungen von den Befragten. Diese gaben an, dass die Bewertung über das Stressempfinden während der Befragung durch die aktuell stressfreieren Arbeitsanforderungen positiver ausgefallen sei als in den vergangenen, als stressiger empfundenen Monaten. Hierbei bezieht sich die Autorin auf die Theorie über die Person-Umwelt-Interaktion des transaktionalen Stressmodells (vgl. Kapitel 4.2), wobei nicht nur die strukturellen Gegebenheiten das gegenwärtige Stressempfinden beeinflussen, sondern die jeweilige persönliche Verfassung eine Rolle spielt. Diese Erkenntnisse lassen darauf schliessen, dass negative oder belastende Ereignisse in Abhängigkeit ihrer Dauer und Intensität für die Einschätzung des aktuellen Wohlbefindens und der psychischen Gesundheit massgebend sind.

#### *7.1.2 Erkenntnisse Ressourcen, Schutzfaktoren und Bewältigungsstrategien*

Die Ergebnisse zu den wirksamen Ressourcen überraschen aufgrund der hohen Angaben zu „Humor und Lachen“ sowie der „positiven Lebenseinstellung“. Grundsätzlich können „Humor und Lachen“ sowie die „positive Lebenseinstellung“ als positive Emotionen interpretiert werden, die einerseits in den Schutzfaktor *positive Emotionen* und andererseits in den Schutzfaktor *Optimismus* Zugang finden. Die ebenfalls auffallend hohen Angaben zur Wirksamkeit von Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen, Lebenspartnerin und Lebenspartner sowie Familie und Freunde lassen sich in den Schutzfaktor der *sozialen Unterstützung* integrieren. Ebenfalls wurde *Selbstvertrauen* als protektiver Faktor häufig genannt. Hierzu kann angenommen werden, dass die Mehrheit der Befragten über ein erhöhtes Selbstwertgefühl verfügt, da allgemein ein hohes Wohlbefinden aufgewiesen wird (vgl. Kapitel 3.2).

Wie im Kapitel 3.2 erläutert, verhelfen positive Emotionen dazu, negative Emotionen zu reduzieren und scheinen einen positiven Einfluss auf die Arbeitsbewältigung zu haben. Dabei könnte durch „Humor und Lachen“, unter anderem mit Ironie, eine Distanz zu den belastenden Situationen geschaffen werden, was als Form von Psychohygiene interpretiert werden kann. Hierbei besteht nach Meinung der Autorin jedoch die Gefahr, die Belastungen lediglich „wegzulachen“ und nicht nachhaltig zu verarbeiten.

Weiter wurden „Erfahrungen“ als wichtige Ressource genannt. Die Befragten sind mehrheitlich zwischen 20 und 35 Jahre alt und geben an, seit drei bis fünf Jahren in der Funktion zu arbeiten. „Erfahrung“ als Ressource lässt sich nicht explizit einem bestimmten Schutzfaktor zuordnen, kann jedoch mit *Kohärenzgefühl* und *Selbstwirksamkeitserwartung* in Verbindung gebracht werden (vgl. Kapitel 3.2).

In allen vorgegebenen zeitlichen Episoden ist ein klarer Bezug zur Bewältigungsstrategie der Kategorie „Austausch, Problemanalyse und Reflexion“ ersichtlich. Daraus schliesst die Autorin, dass das Gespräch und die Reflexion über belastende Situationen im Arbeitsfeld der Kinder- und Jugendpsychiatrie als extrem wichtig betrachtet werden. Darüber hinaus werden Gespräche in der Familie, mit Freunden sowie der Lebenspartnerin, dem Lebenspartner im privaten Umfeld weitergeführt. Diesbezüglich ist überraschend, dass Familie und Freunde mehr beigezogen werden als die Lebenspartnerin, der Lebenspartner. Hierbei nimmt die Autorin an, dass die Integration der Lebenspartnerin, des Lebenspartners in die Familien subjektiv erfolgt.

Damit verbunden scheinen auch die „sozialen Kontakte“, welche in den Schutzfaktor der *sozialen Unterstützung* eingeordnet werden können, als relevant. Hierzu interpretiert die Autorin die Kategorie „Austausch, Problemanalyse und Reflexion“ gemäss Definition als Form von sozialer Interaktion, wobei diese Kategorie ebenfalls in den Schutzfaktor der *sozialen Unterstützung* integriert werden kann. *Soziale Unterstützung* wird im Kapitel 3.2 als der am besten belegte psychologische Schutzfaktor beschrieben. *Soziale Unterstützung* entfaltet unabhängig des Stressors eine protektive Wirkung und steht in Wechselwirkung mit anderen Schutzfaktoren. Neben dem Gespräch scheinen in den folgenden definierten zeitlichen Episoden vor allem die Problemanalyse und die Reflexion als wichtig. Daraus lässt sich eine aktive Auseinandersetzung mit der Belastung und der Bewältigung durch (Selbst-)Reflexion vermuten.

„Ablenkung, Musik, Sport und Hobby“ werden als zweithäufigste Kategorie der Bewältigungsstrategie genannt. Die Anzahl der Angaben zu den Kategorien „Pause“ und „Heimweg nutzen“ fallen der Autorin ebenfalls auf.

Dabei können die Pause direkt nach dem belastenden Ereignis und der Nachhauseweg eine Distanzgewinnung (Abgrenzung) zur Belastungssituation begünstigen und als Form von Psychohygiene betrachtet werden. Im Zusammenhang mit der Gewinnung von Distanz und dem Aspekt, dass die meisten Bewältigungsstrategien ausserhalb der Arbeit im privaten Lebensbereich (Zuhause, Freizeit) der Fachpersonen Anwendung finden, könnte angenommen werden, dass sich die Wirkung gewisser Strategien (z.B. aktive Entspannung) erst mit der Distanz zur Arbeit entfaltet. Die Befragten investieren demnach für die Bewältigung von Arbeitsbelastungen Zeit, Raum und Ressourcen in ihrem Privatleben. Somit könnte die Distanzierung zur Arbeit als Bedingungsfaktor für die Bewältigung interpretiert werden.

Weiter ist interessant, dass der „Lohn“ nicht als wesentliche Ressource im Umgang mit Belastung betrachtet wird. Diesbezüglich könnte die Folgerung gemacht werden, dass der „Lohn“ keinen massgeblichen Einfluss auf den Umgang mit Belastungen hat.

Bezüglich der niedrig ausgefallenen Angaben zur Wirksamkeit von „Spiritualität“ und „ehrenamtlicher Tätigkeit“ kann die Vermutung angestellt werden, dass Spiritualität in dieser Untersuchung nur bei einzelnen eine Rolle spielt aufgrund der konventionsneutralen Haltung des untersuchten Handlungsfeldes. Die Autorin vermutet, dass mit der Arbeit im Sozialwesen bereits vielseitige soziale Dienstleistungen erfüllt werden und von daher „ehrenamtliche Tätigkeit“ nicht in Frage kommt oder aber diese nicht als solches identifiziert wird (z.B. freiwilliges Engagement in kulturellen oder sportlichen Vereinen).

Die Mehrheit der Befragten betrachten „Weinen“, „Wut ausleben“, „Selbstbeschuldigung“, „Vermeiden“ und „sich zurückziehen“ als unzutreffende respektive unwirksame Strategien. Hierzu liegt die Vermutung nahe, dass die Fachpersonen aufgrund ihres fachlichen Hintergrundes mit den Stress- und Bewältigungstheorien vertraut sind, wodurch oben genannte Strategien als nicht nachhaltig betrachtet werden. Jedoch kann nicht ausgeschlossen werden, dass an dieser Stelle sozial erwünschte Antworten gegeben wurden. Hinzu kommt die Vermutung, dass „Weinen“ oder „Wut ausleben“ im professionellen Setting tendenziell als sozial unerwünschtes Verhalten gelten. Diese Reaktionen stellen in der Praxis wahrscheinlich ein Ausnahmeverhalten dar und könnten als Anzeichen fehlender Belastbarkeit oder psychischer Instabilität gedeutet werden.

Vereinzelte Rituale im Zusammenhang mit Bewältigungsstrategien wurden genannt. Allerdings ist dabei zu beachten, dass unklar gewesen sein könnte ab wann eine Handlung als Ritual einzuordnen ist. Zudem kann vermutet werden, dass nur die Minderheit der Befragten ritualisierte Bewältigungsstrategien anwendet oder diese in der Befragung angab.

Hierbei setzt die Autorin die Ressource der „Erfahrung“ mit dem Ritualisieren von Bewältigungsstrategien in Zusammenhang. Dabei nimmt die Autorin an, dass eine Person im Verlauf ihrer Berufserfahrung erfolgreiche Lernerfahrungen generieren kann, welche in Form von Ritualen umgesetzt werden könnten (vgl. Kapitel 3.2).

Diverse Bewältigungsstrategien innerhalb der sechs Kategorien wurden ersichtlich. Damit verbunden ist die Mehrheit der Befragten der Meinung, über die nötigen Ressourcen zur Bewältigung zu verfügen. Die Diversität der Bewältigungsstrategien betrachtet die Autorin als hilfreich in der Entwicklung und Erhaltung von Resilienz, da somit die Möglichkeit erhöht wird, zwischen verschiedenen Strategien auswählen zu können.

### *7.1.3 Erkenntnisse Wohlbefinden und psychische Gesundheit*

Trotz der unterschiedlich wahrgenommenen Stressbelastung wird das Wohlbefinden von der Mehrheit der Befragten als gut bis überragend eingeschätzt und die Befragten betrachten sich mehrheitlich als psychisch gesund. Dieses für die Autorin erfreuliche Ergebnis zum Wohlbefinden und der psychischen Gesundheit lässt sich einerseits damit erklären, dass jene Fachpersonen, welche sich als psychisch krank oder unzufrieden bezeichnen würden, nicht erfasst worden sind. Andererseits kann vermutet werden, dass die Angabe, sich im beruflichen Kontext als „psychisch krank“ zu bewerten, mit einem negativen Gefühl verbunden werden könnte. An dieser Stelle könnte die Tendenz zu sozial erwünschten Antworten erhöht sein. Weiter kann angenommen werden, dass die Befragten über eine erfolgreiche Bewältigung verfügen und aufgrund dessen über ein hohes Wohlbefinden und eine gute psychische Gesundheit verfügen (vgl. Kapitel 2.3). Letzteres könnte damit erklärt werden, dass die Fachpersonen im Kontext der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit der Thematik der Resilienz und psychischer Gesundheit vertraut und diesbezüglich spezifisch sensibilisiert sind. Damit verbunden können wirksame Copingstrategien und Schutzfaktoren bei den befragten Fachpersonen vermutet werden. Jedoch scheint an dieser Stelle die Wahrnehmung zu den gegenwärtigen Belastungen auf den Stationen einen Einfluss auf die aktuelle Bewertung des Wohlbefindens und der psychischen Gesundheit zu haben. Daher könnte auf den Stationen eine weniger stresspotente Phase während der Dauer der Untersuchung vermutet werden.

Besonders aufgefallen sind die Angaben zur Verantwortung gegenüber der eigenen psychischen Gesundheit. Die Fachpersonen betrachten hierzu nicht die Institution als hauptverantwortlich, sondern scheinen die Verantwortung über die eigene psychische Gesundheit sich selbst zuzuschreiben. Die Autorin vermutet hierbei, dass die Befragten über das Wissen, die Fähigkeiten und Ressourcen zur Bewältigung verfügen, was sich auch in der Anzahl der angegebenen Bewältigungsstrategien in der Untersuchung gezeigt hat.

Ein weiterer Aspekt könnte der Umstand sein, dass Bewältigung als individuelles, durch das Individuum kontrollierbares Konstrukt betrachtet wird, welches somit nicht extern durch die Institution bestimmt werden kann (vgl. Kapitel 2.3; 2.4; 4.2). In diesem Zusammenhang können vorgegebene strukturelle Angebote zur Bewältigung nicht zwingend auf die Einzelperson übertragen und als wirksam betrachtet werden.

#### *7.1.4 Zusammenfassende Ergebnisse zur Resilienz am Arbeitsplatz der Kinder- und Jugendpsychiatrie*

Wie bereits in Kapitel 7.1.3 erläutert, kann aufgrund der Ergebnisse angenommen werden, dass die befragten Fachpersonen über die nötigen Ressourcen und Bewältigungsstrategien verfügen und angeben, allgemein über ein hohes Wohlbefinden und eine gute psychische Gesundheit zu verfügen. Basierend auf den Definitionen zu *Coping* und *Resilienz* (vgl. Kapitel 2.1 und 2.3) lassen sich folgende Interpretationen hinsichtlich der Ergebnisse der Untersuchung ableiten:

- Eine entscheidende Erkenntnis aus dem theoretischen Hintergrund ist die Annahme, dass *Resilienz* über das ganze Leben hinweg erlernbar ist (vgl. Kapitel 2.1). Diesen Aspekt betrachtet die Autorin für die Praxis der Handlungsfelder der Sozialen Arbeit als bedeutend.
- Weiter wurde „Erfahrung“ als wirksame Ressource angegeben. Die Mehrheit der Befragten ist im Alter zwischen 24 und 35 Jahre und arbeitet seit drei bis fünf Jahren in der entsprechenden Funktion in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Autorin stellt die Vermutung auf, dass Erfahrung in Verbindung mit Coping die Resilienz generiert. Dabei kann angenommen werden, dass Personen mit der Dauer von gesammelten Erfahrungen wahrscheinlich mehr belastenden Situationen ausgesetzt waren als Berufseinsteiger. Demnach könnte angenommen werden, dass mit der Erfahrung die Stresstoleranz bei Berufserfahrenen sinkt. Weiter kann vermutet werden, dass erfahrene Fachpersonen als resilienter gelten, da sie das Wissen und die Fähigkeit entwickelt haben, um sich eine Vielzahl erfolgreicher Bewältigungsstrategien anzueignen (vgl. Kapitel 2.3; 4.1 und 4.2). Hierbei kann jedoch die Gefahr von Resignation oder psychischer Erkrankung nicht ausgeschlossen werden.
- Vorhandene *Schutzfaktoren* wie *positive Emotionen*, *Optimismus*, *Selbstwirksamkeitserwartung*, *Selbstwertgefühl* und *soziale Unterstützung* können anhand der in Kapitel 7ff. interpretierten Ergebnissen vermutet werden. Bezüglich der *Kontrollüberzeugung* ist unklar, wie sich die Beeinflussbarkeit der Situationen darstellt. Hierbei wird aufgrund der Anzahl externer Stressoren eine *sozial-externale Kontrollüberzeugung* vermutet (vgl. Kapitel 3.2).

- Als dominanter Schutzfaktor erwies sich die *soziale Unterstützung*. Hierbei scheint vor allem das Gespräch als meistgenannte Bewältigungsstrategie von Bedeutung zu sein. Dabei ist auffallend, dass diese Strategie im Kontext der Arbeit als auch im Privatleben der Befragten Anwendung findet.
- In den Stress- und Bewältigungstheorien (vgl. Kapitel 4.1 und 4.2) wird ersichtlich, dass die Stressbewältigung nicht nur als individuelles, sondern auch als komplexes Konstrukt betrachtet werden kann. Demzufolge ist eine komplexe Bewältigungsfähigkeit der Fachpersonen erforderlich. Dabei scheint wesentlich, dass angeeignete Strategien, die in gewissen Situationen funktionieren, in einer anderen Situation nicht funktionieren müssen. Folglich wird eine Vielzahl von Copingstrategien für die erfolgreiche Bewältigung für nützlich erachtet.
- An dieser Stelle betont die Autorin, dass Belastungen im Arbeitsalltag der Fachpersonen vorkommen und sich jederzeit in Abhängigkeit der Bewältigungsfähigkeit der Fachpersonen als potenzielle Risikofaktoren psychischer Gesundheit darstellen können. Trotz der mehrheitlich erfreulichen Ergebnisse zum Wohlbefinden und der psychischen Gesundheit, deuten vereinzelte „Ausreisser“ auf eine starke Belastung hin. Vereinzelte schätzen sich im Vergleich zur Mehrheit als weniger psychisch gesund ein. Die Autorin betrachtet hierbei die negativen Abweichungen der Ergebnisse als ausschlaggebend, um dafür zu plädieren, die Entwicklung von resilienten Bewältigungsstrategien bei den Fachpersonen zu fördern.

## **7.2 Beantwortung der Fragestellungen**

Die in Kapitel 1.2 formulierten Fragestellungen werden für deren Beantwortung erneut formuliert:

*Welche Bewältigungsstrategien und Schutzfaktoren setzen Fachpersonen in kinder- und jugendpsychiatrischen Settings zur Erhaltung ihrer psychischen Gesundheit bewusst ein.*

Zur Beantwortung der Fragestellung wurden Bewältigungsstrategien in Kategorien unterteilt. Aufgrund der Anzahl genannter Bewältigungsstrategien hat die Autorin diese in sechs Kategorien unterteilt, welche in Kapitel 6.2 und Tabelle 3 erläutert wurden. Unter den Befragten wurden das Gespräch in Form von „Austausch, Problemanalyse und Reflexion“ sowie das Aufsuchen von „sozialen Kontakten“ als wirksame Strategien angegeben. Auch nutzt eine Vielzahl der Befragten den Heimweg sowie die aktive Entspannung als Bewältigungsstrategien.

Als bereichsspezifische Ressourcen wurden „Humor und Lachen“, „positive Lebenseinstellung“ sowie „Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen“, „Selbstvertrauen“ und „Erfahrung“ von den Befragten am häufigsten genannt. Diese Ressourcen sowie die Angaben zur Stressbewältigung und die Ergebnisse zum Wohlbefinden der psychischen Gesundheit lassen folgende Schutzfaktoren respektive protektive Faktoren vermuten: *positive Emotionen, Optimismus, Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstwertgefühl, Kohärenzgefühl, Religiosität und Spiritualität, Coping* und *soziale Unterstützung*.

*Welche Faktoren belasten die Fachpersonen in ihrer Arbeit und wie schätzen sie allgemein ihre aktuelle psychische Gesundheit ein?*

Von den Befragten wurden folgende Situationen als mittel bis ziemlich belastend angegeben: „Durchführen von Zwangsmassnahmen“, „suizidales Verhalten“, „physische Gewalt“, „hohe Arbeitsanforderungen“. Somit kann gesagt werden, dass vor allem externe Faktoren für die Fachpersonen in ihrer Arbeit als belastend empfunden werden. Die externen Faktoren treten jedoch im Verhältnis zur Belastungsintensität weniger häufig auf. Weiter stellen sich die Stressoren als negative Faktoren dar, werden jedoch im Allgemeinen von der Mehrheit der Befragten als Herausforderung betrachtet.

Im Allgemeinen beurteilen sich die befragten Fachpersonen als psychisch gesund und weisen damit verbunden, ein hohes Wohlbefinden auf. Jedoch geben einzelne Fachpersonen an, über ein vermindertes Wohlbefinden und eine schlechte psychische Gesundheit zu verfügen.

### **7.3 Schlussfolgerungen**

Der Erkenntnisgewinn wird anhand von Schlussfolgerungen auf den Ebenen des Individuums, der Institution und des Sozialwesens erläutert. Hierbei werden mögliche Konsequenzen und Auswirkungen dargelegt.

Auf der Ebene der Fachpersonen (individuelle Ebene) generiert die Autorin folgenden Erkenntnisse, Auswirkungen und Konsequenzen:

- *Coping* wird als das Bemühen, die erforderlichen Kompetenzen und Ressourcen zu aktivieren, verstanden. *Resilienz* umfasst das erfolgreiche Ergebnis dieser Bemühungen (vgl. Kapitel 2.3; Compas & Reeslund, 2009, S.571). Hierbei wird der Zusammenhang von Bewältigung und Resilienz ersichtlich wobei für beide Prozesse Eigenverantwortlichkeit vorausgesetzt wird.
- *Resilienz* ist ein erlernbarer Prozess. Dieser Umstand bedingt das Vorhandensein von Schutzfaktoren wie beispielsweise selbstverantwortliches Handeln, Selbstwirksamkeitserwartung sowie weitere Ressourcen zur Bewältigung.

- Die Stressoren und das Stressempfinden werden in der Untersuchung unterschiedlich wahrgenommenem. Das selbstwahrgenommene Wohlbefinden und die psychische Gesundheit erweisen sich als hoch. Diese Ergebnisse bestätigen die Theorie über die kognitiven und subjektiven Theorien von Stress und Bewältigung (vgl. Kapitel 4.1 und 4.2).
- Das Gespräch und die Reflexion erweist sich als die meist genannte Bewältigungsstrategie. Diesbezüglich empfiehlt Jackson "becoming more reflective" (2007, S. 7) als eine der wichtigsten Massnahmen in der Entwicklung von Resilienz. Hierzu erachtet die Autorin das Nutzen von Gesprächsgefässen als essenziell. Mitarbeitende sollten dabei unterstützt werden, einen Zugang zu ihren Gefühlen zu erhalten und Frühwarnzeichen psychischer Belastung zu erkennen. Hierbei wird die Wichtigkeit der kollegialen (Vor-) und Nachsorge deutlich.
- Die Kategorie „Ablenkung, Sport, Musik und Hobbys“ erweist sich als Zusammenfassung wichtiger Bewältigungsstrategien. Dabei nimmt der private Lebensbereich der Fachpersonen den grössten Teil der Bewältigung ein.
- *Soziale Unterstützung* erweist sich in der Untersuchung als protektiver Faktor. Hierbei wird die Wichtigkeit von sozialen Interaktionen weiter verdeutlicht. Der Aufbau von sozialen Unterstützungsnetzwerken durch die Fachpersonen wird demzufolge als wichtige Massnahme für die Bewältigung von Belastungen betrachtet.
- Im Zusammenhang mit „Heimweg nutzen“ empfiehlt die Autorin die Aneignung von ritualisierten Strategien, um einen bewussten Umgang mit der Distanzierung (Abgrenzung) von der Arbeit zu etablieren.

Mit Blick auf die Ebene des Arbeitgebers des untersuchten Handlungsfeldes (strukturelle Ebene) zieht die Autorin folgende Schlussfolgerungen:

- Die Förderung einer transparenten Kommunikation über existente Stressoren und Belastungen am Arbeitsplatz betrachtet die Autorin für die Resilienzentwicklung bei Mitarbeitenden als evident.
- Aus den Ergebnissen bezüglich der Bewältigungsstrategien in der Kategorie „Austausch, Problemanalyse und Reflexion“ schliesst die Autorin, dass Gesprächsgefässe im Handlungsfeld der Untersuchung erhalten und gegebenenfalls erweitert werden könnten (z.B. Supervision, Intervision, Fallbesprechung, Auswertungsgespräche vor Dienstschluss). Hierbei betrachtet die Autorin den Austausch direkt nach einem potenziell belastenden Ereignis, beispielsweise nach einer Zwangsmassnahme, als wesentlich. Der frühzeitigen Reflexion und Evaluation von belastenden Ereignissen schreibt die Autorin eine prophylaktische Wirkung zur Erhaltung psychischer Gesundheit zu.

- Im Zusammenhang mit dem Ergebnis zu *positiven Emotionen* als protektiver Faktor stellt sich die Erhaltung und Erweiterung von Humor am Arbeitsplatz als wirksam dar. Die Autorin beurteilt in diesem Zusammenhang die obligatorische Teilnahme am Clown-Kurs der untersuchten Institution als unterstützende Massnahme.
- Die Autorin betrachtet unter anderem die Institution als Verantwortungsträger für die Reduktion von Risikofaktoren sowie der Förderung von Resilienz am Arbeitsplatz. Dies könnte strukturelle Massnahmen wie beispielsweise die Anpassung der Arbeits- und Erholungszeiten, die Stärkung des Teamgeistes, die Förderung des Konfliktmanagements oder Weiterbildungen zur Resilienzentwicklung beinhalten.
- Im Zusammenhang mit dem Ergebnis zur „Erfahrung“ betrachtet die Autorin die Sensibilisierung auf die eigene Bewältigung und die Vermittlung geeigneter Strategien als wichtig. Beispielsweise die aktive Auseinandersetzung mit Belastungen, Bewältigung und Abgrenzung im Rahmen von Praktikumsbegleitungen oder in der Einarbeitung von neuen Mitarbeitenden. Die Entwicklung eines Resilienzkonzeptes könnte hierbei ebenfalls unterstützend sein.

Abschliessend werden Schlussfolgerungen für das Sozial- und Gesundheitswesen (politische und gesellschaftliche Ebene) vorgestellt:

- Auch die politische Ebene trägt Verantwortung über die Minderung von Risikofaktoren am Arbeitsplatz des Sozial- und Gesundheitswesens. Diese Bemühungen zeigen sich unter anderem im nationalen „STRAIN Forschungsprojekt“, mit welchem die Attraktivität der Handlungsfelder und der Profession aus dem Gesundheitswesen gefördert werden sollen (vgl. Kapitel 1.1).
- Auch die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist von den vorherrschenden Sparmassnahmen im Gesundheitswesen betroffen. Damit verbunden werden die Arbeitsanforderungen erhöht (z.B. Verselbständigung der Psychiatrien, Reduktion der Stellenprozente, mehr Leistungen, Bettenauslastung). Diese Massnahmen können nicht nur negative Auswirkungen auf die Qualität der Betreuung von Patientinnen und Patienten haben, sondern erhöhen für die Fachpersonen das Risiko für die Zunahme von Belastungen am Arbeitsplatz. In diesem Zusammenhang kann nicht ausgeschlossen werden, dass Professionelle der Sozialen Arbeit die Arbeitsstelle wechseln, psychische Störungen entwickeln oder aus dem Beruf aussteigen.
- Präventionsangebote zur Vorbeugung von Risikofaktoren und psychischen Krankheiten am Arbeitsplatz könnten erweitert werden.

- Aus Sicht der Autorin wird der Thematik vorliegender Arbeit in der Praxis sowie während den verschiedenen Ausbildungsgängen zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Fachpersonen sollten in Bezug auf ihre psychische Gesundheit sensibilisiert werden, damit die Selbstwirksamkeit aktiv gefördert werden kann.

Die Autorin betont an dieser Stelle die Erkenntnis, dass das Engagement einer Befragung zum Thema Resilienz positive Auswirkungen auf die Mitarbeitenden und die Institution haben kann. Durch die Befragung werden die Mitarbeitenden angeregt, sich Gedanken über ihr Bewältigungsverhalten, ihre Resilienz und psychische Gesundheit zu machen. Gemäss Walsh (2003, S. 52) ist die Entwicklungsperspektive für das Verständnis von Resilienz unerlässlich. Damit verbunden sei die Anpassung und Bewältigung ein Prozess, der sich in mehreren Stufen und in Abhängigkeit von Einflussfaktoren und Zeit entwickelt.

Weiter kann gefolgert werden, dass die stabile psychische Gesundheit von Fachpersonen für die Arbeit mit den Adressatinnen und Adressaten der Sozialen Arbeit unumgänglich ist. Hierbei betrachtet die Autorin die hohen Angaben zu den psychiatrischen Fachpersonen, welche selbst von psychischen Störungen betroffenen sind, als erschreckend und paradox (vgl. Kapitel 1.1). Hier stellt sich die Autorin die Frage, welche Auswirkungen und Konsequenzen eine psychisch stark belastete Fachperson auf die individuelle Resilienzentwicklung der Mitarbeitenden, die Teamdynamik und die Institution haben können.

Die Autorin betrachtet eine gute Anpassungsfähigkeit sowie eine Vielzahl von Bewältigungsstrategien für die Fachpersonen im untersuchten Handlungsfeld als wesentlich. Resilienz und psychische Gesundheit scheinen im untersuchten Feld vorhanden zu sein. Dabei kann angenommen werden, dass die befragten Fachpersonen trotz vorhandener Stressoren belastbar sind. Jedoch geht die Autorin davon aus, dass die stetige Förderung von protektiven Faktoren und Fähigkeiten zur Bewältigung wesentlich sind, um bei der Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie längerfristig gesund bleiben zu können.

#### **7.4 Reflexion der gewählten Methode**

Als Forschungsmethode wählte die Autorin die Online-Befragung mittels Fragebogen. Diese Methode erwies sich in der Rekrutierung der Stichprobe als hilfreich. Hierzu konnten die Fachpersonen der Untersuchung selber wählen, ob und wann sie den Fragebogen ausfüllen und wie viel Zeit sie dafür in Anspruch nehmen. Weiter war die Gewährleistung der Anonymität durch die schriftliche Befragung eher gegeben als in einer mündlichen Befragung. In diesem Zusammenhang nimmt die Autorin an, dass sozial erwünschte Antworten in der schriftlichen Online-Befragung geringer ausgefallen sind. Die Rücklaufquote erwies sich höher als erwartet (N = 35).

Die Erhebung der Daten sowie deren Aufbereitung gestaltete sich mithilfe des Umfragetools als relativ einfach. Die Auswertung der Ergebnisse erwies sich hingegen als aufwändiger, vor allem die Datenübertragung in Diagramme.

Aus kritischer Perspektive betrachtet, konnte die Autorin keinen Einfluss nehmen auf die Art und Weise, wie die Befragten den Fragebogen ausgefüllt haben. Demnach liegen keine Anhaltspunkte vor, die Aufschluss darüber geben, in welcher Verfassung und Situation sich die Befragten zum Zeitpunkt der Umfrage befanden.

Weiter war die Wahl der Institution, aufgrund der Anstellung der Autorin im Betrieb als Ressource gegeben. Aufgrund der Bekanntheit der Autorin im Betrieb, kann hierbei die Einflussnahme auf die Teilnahme der Befragten und die Ergebnisse nicht ausgeschlossen werden.

Einzelne Fragestellungen im Fragebogen erweisen sich retrospektiv als zu ungenau gestellt, was zu pauschalen oder oberflächlichen Antworten geführt haben könnte. Beispielsweise stellte die Autorin „Musik“ als Strategie zur Auswahl, wobei in der Auswertung nicht klar ersichtlich wurde, ob es sich dabei um „Musik hören“ oder „selbst ein Instrument spielen“ handelt. Dieser Umstand unterlässt konkrete Schlussfolgerung wie „es hat sich gezeigt, dass Musizieren wirksam ist“. Damit verbunden können nur Annahmen und keine konkreten Ratschläge wie „Mitarbeitern wird das Erlernen von einem Instrument empfohlen“ gemacht werden. Ebenfalls kritisiert die Autorin die Auswahl des Begriffs „Krankheit“ mit der Aussageoption „Ich fühle mich psychisch krank“. Hierbei vermutet die Autorin, dass die Aussage mit dem Begriff „Belastung“ (z.B. „Ich fühle mich psychisch belastet“) ein anderes Ergebnis ergeben hätte. Obwohl Krankheit und Gesundheit gemäss Antonovsky ein Kontinuum bilden, in dem sich das Individuum dynamisch bewegt (vgl. Kapitel 4.1), schreibt die Autorin dem Krankheitsbegriff etwas Stigmatisierendes und Statisches zu. Weiter vermutet die Autorin Schwierigkeiten in der Unterscheidung zwischen Belastung und nicht Belastung, da für die vorliegende empirische Untersuchung nicht die objektive Schwere eines Stressors oder Ereignisses gilt, sondern die subjektive Bewertung und Interpretation wesentlich sind.

## **7.5 Kritische Würdigung der vorliegenden Arbeit**

Die Autorin betrachtet die Auseinandersetzung der Fachpersonen mit der Thematik von Resilienz und Bewältigung als Voraussetzung für die Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Erkenntnisse vorliegender Studie könnten auf andere Handlungsfelder der Sozialen Arbeit übertragen werden. Angesichts der zunehmenden Belastungen in verschiedenen Arbeitsbereichen nimmt die Gesundheitsförderung für Professionelle der Sozialen Arbeit einen wichtigen Stellenwert ein.

Die Forschungsmethode liess nur eine oberflächliche Exploration von Bewältigungsstrategien zu. Weiter konnten anhand der Ergebnisse, die Schutzfaktoren, die Belastungsintensität und die tatsächliche psychische Gesundheit nur andeutungsweise eruiert werden.

Diesbezüglich fehlte der Einbezug von standardisierten Erfassungsinstrumenten zur Erhebung von Coping, Schutzfaktoren und Resilienz. Diese kritische Erkenntnis stellt jedoch weitere mögliche Forschungsschwerpunkte dar.

Für die Durchführung der empirischen Untersuchung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erhielt die Autorin von den Mitarbeitenden sowie den Vorgesetzten positive Rückmeldungen.

Die Thematik der Resilienz sowie der Fragebogen der Online-Befragung wurden von den Befragten gewürdigt. Die Autorin setzte sich im Zusammenhang mit der Erstellung vorliegender Arbeit und der Berufstätigkeit im untersuchten Handlungsfeld, mit ihrem eigenen Bewältigungsverhalten auseinander. Diesbezüglich konnte die Autorin mit ihren eigenen Bewältigungsstrategien Parallelen zu den gemachten Angaben der Umfrage ziehen. Weiter wurde für die Autorin in der Auseinandersetzung mit der Thematik Resilienz, die Wichtigkeit eines gesunden Bewältigungsverhaltens und der Entwicklung von Resilienz deutlich. Dieser Aspekt scheint nicht nur für die Fachpersonen, sondern auch für die Klientinnen und Klienten der Sozialen Arbeit von Bedeutung zu sein.

## **7.6 Ausblick**

Weiterführende Forschungen zur Resilienzentwicklung in den Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit sind zur Gesundheitsförderung erforderlich. Hierzu sind vor allem Bereiche mit erhöhten psychosozialen Belastungen und Arbeitsanforderungen zu berücksichtigen. Beispielsweise polyvalente Sozialdienste, Strafvollzug, stationäre Settings im Zwangskontext oder Settings in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Weiter wäre die Bearbeitung der Fragestellungen zur Klärung der Resilienz als Voraussetzung bei Fachpersonen im Kontext erhöhter Risikofaktoren interessant.

Die Autorin wird voraussichtlich im nächsten Jahr die Weiterbildung zur Praxisausbilderin für Studierende der Sozialen Arbeit und Pflege absolvieren. Diesbezüglich nimmt sich die Autorin vor, den Fokus auf die Belastungen am Arbeitsplatz und die damit verbundene Bewältigung der Studierenden zu richten. Diese Auseinandersetzung betrachtet die Autorin als professionelle Grundlage für die Erhaltung und Förderung der psychischen Gesundheit von Studierenden. Damit verbunden wird sich die Autorin, anhand der Erkenntnisse vorliegender Arbeit, für einen weiterführenden Diskurs zur Resilienz bei Fachpersonen im untersuchten Handlungsfeld einsetzen.

## 8. Literatur- & Quellenverzeichnis

- Addor, Véronique, Gauthier, Jacques Antoine, Jäckel, Dalit, Paignon, Adeline, Schwendimann, René & Wernli, Boris. (2016). «nurses at work»– Studie zu den Laufbahnen im Pflegeberuf über die letzten 40 Jahre in der Schweiz. *Obsan Bulletin*, 8, 1-8. Abgerufen von <http://www.obsan.admin.ch>
- Antonovsky, Aaron. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (Alexa Franke, Übers.). Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Baumann, Urs, Laireiter, Anton-Rupert & Perrez, Meinrad. (2005). Psychologische Faktoren: Stress und Coping. In Urs Baumann & Meinrad Perrez (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie* (S. 272–304). Bern: Huber.
- Baumeister, Roy K. & Vohs, Kathleen D. (2007). Self-Regulation, Ego Depletion, and Motivation. *Social and Personality Psychology Compass* 1(1), S. 115-128. doi: 10.1111/j.1751-9004.2007.00001.x
- Becker, Bronwyn, Cicchetti, Dante, & Luthar, Suniya. (2000). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543- 562. doi: 10.1111/1467-8624.00164
- Bengel, Jürgen & Lyssenko, Lisa. (2012). *Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter. Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Blaschka, Anke, Kuhn, Detlef, Milletat, Antonia, Redetzky, Claudia & Sommer, Dieter. (2014). *Resilienz am Arbeitsplatz*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Block, Jack, Funder, David C. & Letzring, Tera D. (2005). Ego-control and ego-resiliency: Generalization of self-report scales based on personality descriptions from acquaintances, clinicians, and the self. *Journal of Research in Personality*, 39, S. 395-422. doi: 10.1016/j.jrp.2004.06.003
- Bonanno, George A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience. Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*, 59(1), S. 20-28. doi: 10.1037/0003-066X.59.1.20
- Bonanno, George A., Bucciarelli, Angela, Galea, Sandro & Vlahov, David. (2006). Psychological Resilience After Disaster. New York City in the Aftermath of the September 11th Terrorist Attack. *Psychological Science*, 17(3), S. 181-186. doi: 10.1111/j.1467-9280.2006.01682.x
- Burkert, Silke & Sniehotta, Falko F. (2009). Selbstregulation des Gesundheitsverhaltens. Self-regulation of HealthBehavior. In Jürgen Bengel & Matthias Jerusalem (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie* (S. 98-105). Göttingen: Hogrefe Verlag.

- Compas, Bruce E. & Reeslund, Kristen L. (2009). Processes of risk and resilience during adolescence. In Richard M. Lerner & Laurence Steinberg (Hrsg.), *Handbook of adolescent psychology: Individual bases of adolescent development* (S. 561-588). Hoboken: Wiley.
- Edenborough, Michel, Firtko, Angela & Jackson, Debra. (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 60(1), S. 1-9. doi: 00004471-200710010-00001
- Eggers, Sandra. (2014). *Ressourcenförderung statt Fehlersuche – Die Bedeutung zentraler Resilienzfaktoren: Ein Ratgeber für die Arbeit mit Kindern*. Hamburg: Diplomica Verlag.
- Folkman, Susan & Lazarus, Richard S. (1990). Coping and Emotion. In Bennett Leventhal, Nancy L. Stein & Thomas R. Trabasso (Hrsg.), *Psychological and Biological Approaches To Emotion* (S. 313-332). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Fröhlich, Werner D. (2010). *Wörterbuch Psychologie*. München: dtv Verlagsgesellschaft.
- Gerrig, Richard & Zimbardo, Philip. (2008). *Psychologie* (18. Aufl.). München: Pearson Studium.
- Gerrig, Richard J. (2016). *Psychologie* (20. Aufl.). Hallbergmoos: Pearson.
- Graf, Maggie, Krieger, Ralph & Vanis, Margot. *Arbeit und Gesundheit 2012. Ausgewählte Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012* [PDF]. Abgerufen von <https://www.seco.admin.ch>
- Gurtner, Caroline, Hahn, Sabine, Peter, Anne Karine & Zeyer, Albert. (2017). *STRAIN. Work-related stress among health professionals in Switzerland* [PDF].
- Hall, John Stuart, Murray, Kate E. & Zautra, Alex J. (2010). Resilience: A new definition of health for people and communities. In John Stuart Hall, John W. Reich & Alex J. Zautra (Hrsg.), *Handbook of adult resilience* (S. 3-29). New York: Guilford Press.
- Hurrelmann, Klaus & Richter, Matthias. (2013). *Gesundheits- und Medizinsoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung* (8. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Masten, Ann S. & Obradovic, Jelena. (2008). Disaster Preparation and Recovery: Lessons from Research on Resilience in Human Development. *Ecology and Society* 13(1/9), S. 2. doi. 10.5751/ES-02282-130109
- Petermann, Franz & Schmidt, Martin H. (2006). Ressourcen – ein Grundbegriff der Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychopathologie? *Kindheit und Entwicklung*. 15(2), 118-127. doi: 10.1026/0942-5403.15.2.118
- Rutter, Michael. (1985). Resilience in the Face of Adversity. Protective Factors and Resistance to Psychiatric Disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, S. 598-611. doi: 10.1192/bjp.147.6.598

- Rutter, Michael. (2006). Implications of Resilience Concepts for Scientific Understanding, *Annals of The New York Academy of Science*, 1094, S. 1-12. doi: 10.1196/annals.1376.002
- Schwarzer, Ralf. (2000). *Stress, Angst und Handlungsregeneration*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Siegrist, Ulrich. (2010). *Der Resilienzprozess: Ein Modell zur Bewältigung von Krankheitsfolgen im Arbeitsleben*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- The British Psychological Society. (2017). *Charter for psychological staff wellbeing and resilience* [Website]. Abgerufen von <https://www.healthcareconferencesuk.co.uk>
- Universitäre psychiatrische Dienste Bern. (2017). *Angebote für Kinder und Jugendliche*. [Website]. Abgerufen von <https://www.upd.ch/angebot/kinder-und-jugendpsychiatrie/>
- Walsh, Froma. (2003) Crisis, trauma, and challenge: A relational resilience approach for healing, transformation, and growth. *Smith College Studies in Social Work*, 74(1), 49-71. doi: 10.1080/00377310309517704
- Walsh, Froma. (2016). *Strengthening Family Resilience. Third Edition*. New York: Guilford Press.
- Weltgesundheitsorganisation. (2006). *Constitution Of The World Health Organization* [PDF]. Abgerufen von <http://www.who.int/governance/en/>
- Weltgesundheitsorganisation. (n.d.) *Faktenblatt – Psychische Gesundheit* [PDF]. Abgerufen von <http://www.euro.who.int/de/health-topics>

# 9. Anhang

## Fragebogen

### Resilienz am Arbeitsplatz der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Meine psychische Gesundheit.

#### Seite 1

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit nehmen den vorliegenden Fragebogen auszufüllen!

Sie wurden für die Befragung ausgewählt, weil Sie als Fachperson in der Kinder- und Jugendpsychiatrie tätig sind und in Ihrem Arbeitsalltag mit ausgesprochen anspruchsvollen und belastenden Situationen konfrontiert werden, welche eine gesunde psychische Widerstandsfähigkeit (Resilienz) erfordern.

Um Ihre Zufriedenheit und Gesundheit zu fördern, sind Sie in Ihrem beruflichen Kontext herausgefordert, belastende Ereignisse intersubjektiv und konstruktiv zu bewältigen und zu verarbeiten.

Dieser Fragebogen befasst sich übergeordnet mit dem Resilienzprozess von Fachpersonen aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ziel dieser Umfrage ist es, Ihre individuellen Bewältigungsstrategien im Umgang mit belastenden Situationen aus dem Arbeitsalltag zu eruieren.

#### Seite 2

Um die Ergebnisse der Umfrage mit bestimmten Variablen vergleichen zu können, werden einige Angaben zu Ihrer Person und Funktion benötigt.

**1. In welcher Funktion sind Sie angestellt? \***

- Pflegefachfrau / Pflegefachmann
- Sozialpädagogin / Sozialpädagoge
- Pflegefachperson in Ausbildung
- Sozialpädagogin / Sozialpädagoge in Ausbildung
- andere

**2. Wie lange sind Sie in der genannten Funktion in der Kinder- und Jugendpsychiatrie tätig? \***

- weniger als 12 Monate
- 1-2 Jahre
- 3-5 Jahre
- 6-8 Jahre
- 9-11 Jahre
- 12-15 Jahre
- über 16 Jahre

**3. Welchem Geschlecht gehören Sie an? \***

- männlich
- weiblich

4. Wie alt sind Sie?

Seite 3

5. Als wie belastend erleben Sie die folgenden externen und internen Faktoren aus Ihrem Arbeitsalltag?  
Geben Sie in der blauen Spalte an, wie häufig Sie mit diesen Faktoren konfrontiert sind. \* 

	nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr	nie, selten, oft, immer
						-- - + ++
Gefühl von Frustration	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
Eigene Ängste	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
PSA-Alarm (Notfall)	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
Verantwortungsbereitschaft	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
Verbale aggressive Äusserungen wie Beschimpfen oder Drohen	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
Selbstverletzendes Verhalten	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
Unruhiges Milieu	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
Multitasking	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
Lärm	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
Unvorhergesehene Situationen	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
Selbständiges arbeiten	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
Suizidales Verhalten	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
Zeitdruck	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
Persönliche Sorgen	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
Durchführen von Zwangsmassnahmen	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
Physische Gewalt wie Schubsen, Klemmen, Schlagen	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
Hohe Arbeitsanforderungen	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					

6. Denken Sie an für Sie belastende Situationen aus Ihrem Arbeitsalltag und kreuzen Sie jene Aussagen an, welche für Sie am ehesten zutreffen.

In diesen Situationen:

	nie	selten	oft	immer	nicht beurteilbar
verspüre ich Angst	<input type="radio"/>				
habe ich das Gefühl, diese nicht meistern zu können	<input type="radio"/>				
fühle ich mich im Team ausreichend unterstützt	<input type="radio"/>				
verfüge ich über die nötigen Ressourcen um diese zu bewältigen	<input type="radio"/>				
fühle ich mich ausgeliefert	<input type="radio"/>				
bewerte ich diese mehrheitlich als Herausforderung	<input type="radio"/>				
verspüre ich anschliessend eine Frustration	<input type="radio"/>				

7. Wenn Sie insgesamt an die für Sie belastenden Situationen aus Ihrem Arbeitsalltag denken, wie bewerten Sie durchschnittlich Ihr erlebtes Stressempfinden?  
Klicken Sie auf den Balken zwischen "niedrig" und "hoch": \*

niedrig  hoch

#### Seite 4

In der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen in psychiatrischen Settings sind Sie als Fachperson gefordert mit schwierigen und herausfordernden Situationen umgehen zu können. Um Stress am Arbeitsplatz zu mindern, setzen Sie Massnahmen ein, die Ihnen helfen belastende Situationen zu überwinden. Die folgenden Fragen sollen auf Ihr individuelles Bewältigungsverhalten und Ihre Bewältigungsstrategien eingehen.

8. Welche individuellen Ressourcen erleben Sie in Ihrem Bewältigungsverhalten als wirksam?  
Kreuzen Sie alles Zutreffende an: \*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Selbstvertrauen                 | <input type="checkbox"/> Freizeitaktivitäten                                 |
| <input type="checkbox"/> Positive Lebenseinstellung      | <input type="checkbox"/> Arbeitskollegen / Arbeitskolleginnen                |
| <input type="checkbox"/> Spiritualität                   | <input type="checkbox"/> Tiere   |
| <input type="checkbox"/> Familie                         | <input type="checkbox"/> Ehrenamtliche Tätigkeit                             |
| <input type="checkbox"/> Freunde                         | <input type="checkbox"/> Musik   |
| <input type="checkbox"/> Lebenspartner / Lebenspartnerin | <input type="checkbox"/> Humor und Lachen                                    |
| <input type="checkbox"/> Bildungsstand                   | <input type="checkbox"/> Entspannungsübungen, Autogenes Training, Meditation |
| <input type="checkbox"/> Lohn                            | <input type="checkbox"/> Erfahrung   |
| <input type="checkbox"/> Sport                           |  |
| <input type="checkbox"/> Andere: <input type="text"/>    |  |

**Seite 5**

9. Legen Sie nun den Fokus auf Ihr persönliches Bewältigungsverhalten.  
Was unternehmen Sie um belastende Ereignisse aus ihrem Arbeitsalltag zu bewältigen.  
Welche Bewältigungsstrategien setzen Sie konkret zur Erhaltung Ihrer psychischen Gesundheit ein?

Schreiben Sie alle Massnahmen auf, die Ihnen zu den folgenden zeitlichen Episoden in den Sinn kommen: \*

- |                                      |                      |
|--------------------------------------|----------------------|
| direkt nach dem belastenden Ereignis | <input type="text"/> |
| nach Dienstende                      | <input type="text"/> |
| Zuhause                              | <input type="text"/> |
| in den darauffolgenden Tagen         | <input type="text"/> |
| in den kommenden Wochen              | <input type="text"/> |

**Seite 6**

10. Haben Sie Rituale, welche Sie in Ihrer Bewältigung positiv unterstützen?

- Ja
- Nein
- Falls "Ja" welche?

11. Zu welchen Strategien neigen Sie am ehesten? \*

	nicht zutreffend				völlig zutreffend	
Akzeptieren	<input type="radio"/>					
Wut ausleben	<input type="radio"/>					
Hadern	<input type="radio"/>					
sich ablenken	<input type="radio"/>					
Grübeln	<input type="radio"/>					
sich zurückziehen	<input type="radio"/>					
um Hilfe fragen	<input type="radio"/>					
Weinen	<input type="radio"/>					
Selbstbeschuldigung	<input type="radio"/>					
darüber reden	<input type="radio"/>					
vermeiden	<input type="radio"/>					
Problemanalyse	<input type="radio"/>					

Seite 7

12. Wie bewerten Sie Ihr Wohlbefinden im Zusammenhang mit Ihrer aktuellen beruflichen Tätigkeit am Arbeitsplatz?

Klicken Sie auf den Balken zwischen "ungenügend" und "überragend":

ungenügend  überragend

13. Wie schätzen Sie Ihre aktuelle psychische Gesundheit ein?

Klicken Sie auf den Balken zwischen "ich fühle mich psychisch krank" und "ich fühle mich psychisch gesund": \*

Ich fühle mich psychisch krank  Ich fühle mich psychisch gesund

14. Wer trägt Ihrer Meinung die grösste Verantwortung über Ihre psychische Gesundheit?

Ich selbst           mein Arbeitgeber

Seite 8

Die Umfrage ist beendet - herzlichen Dank für die Teilnahme!

» [Umleitung auf Schlussseite von Umfrage Online \(ändern\)](#)