

# **Burnout in der Psychotherapie Überlastungen erkennen und bewältigen**

Dipl.-Psych. Peter Berger  
Hardtwaldklinik II  
Bad Zwesten  
Ärztlicher Direktor Dr. P. Bernhard

**Vortrag im Psychiatrischen Landeskrankenhaus Haina/Hessen  
28.06.2006**

## **Burnout - Was ist das?**

**Der egozentrisch-narzisstische Arbeitsstil  
Der einsam-schizoide Arbeitsstil  
Der abhängig-depressive Arbeitsstil  
Der kontrolliert-zwanghafte Arbeitsstil  
Der vermeidend-phobische Arbeitsstil  
Der wetteifernd-rivalisierende Arbeitsstil**

## **Die Bedeutung der einzelnen Arbeitsstile**

### **Institutionelle Stressoren**

**Aufgabenanforderungen  
Physische Anforderungen  
Rollenanforderungen  
Zwischenmenschliche Anforderungen**

## **Burnout – Was kann man tun?**

**Pädagogische Interventionen  
Körperorientierte Interventionen  
Kognitiv-behaviorale Interventionen  
Gruppenbezogene Interventionen  
Stationär-psychotherapeutische Interventionen**

## **Literaturliste**

## **Burnout-Fragebogen**

# Burnout in der Psychotherapie

## Überlastungen erkennen und bewältigen

Dipl.-Psych. Peter Berger  
Hardtwaldklinik II  
Bad Zwesten  
Ärztlicher Direktor Dr. P. Bernhard

### Burnout - Was ist das?

Freudenberger, ein amerikanischer Psychoanalytiker, beschreibt 1974 in seinem Aufsatz über Staff Burnout den psychischen und physischen Abbau ehrenamtlicher Mitarbeiter/innen in sozialen Einrichtungen.

Diese Personen verwandelten sich oft innerhalb kurzer Zeit von glühenden Idealisten, denen keine Anstrengung zu groß war, in deprimierte, erschöpfte, misstrauische und leicht reizbare Zyniker, die ihre Klientel zunehmend gleichgültig und abweisend behandelten.

Gerade die engagiertesten wurden die ersten Opfer ihrer enttäuschten Erwartungen. Nach Freudenberger sind „Ausbrenner“ Menschen „im Zustand der Ermüdung, der Frustration. Dieser Zustand wird hervorgerufen, wenn sich die Betroffenen auf einen Fall, eine Lebensweise oder eine Arbeitsbeziehung einlassen, die den erwarteten Lohn nicht bringt“.

Freudenberger sieht also eine Diskrepanz zwischen Erwartung und Realität als auslösenden Faktor für Burnout.

Mittlerweile gibt es viele Studien zum Phänomen Burnout für viele unterschiedliche Berufe und gesellschaftliche Gruppen, sodass festzustellen ist, dass keineswegs nur Menschen in helfender Tätigkeit ausbrennen können.

Aber: Helfer bzw. Menschen, die in sozialen Berufen arbeiten, sind besonders gefährdet.

Nach Freudenberger tritt Ausgebranntsein vor allem bei Personen auf, die durch großes persönliches Engagement und hohe Leistungserwartungen an sich auffallen. Sie haben zudem eine starke emotionale Bindung an ihre Arbeit, ein großer Teil ihrer Selbstwertregulation bzw. ihres Selbstbildes wird aus dem Erfolg im Beruf gespeist - oder aber über ihre berufliche Stellung.

Wenn es nun zu Konflikten oder Enttäuschungen in der Arbeit kommt oder aber die Arbeit nicht mehr hinreichend befriedigt, wenn unrealistische Erwartungen oder eigene Größenvorstellungen enttäuscht werden und diese nicht im Sinne realistischer Zielsetzungen korrigiert werden können, investieren Menschen, die zum Ausbrennen neigen, noch mehr Zeit in die Arbeit und erschöpfen sich, sie brennen aus.

Wenn trotz des erhöhten zeitlichen Aufwandes weiterhin die gewünschte Befriedigung oder Bestätigung in der Arbeit ausbleibt - Burnout ist ein Prozess und kein Zustand, den man hat oder nicht hat - folgt als Erstes die Phase des reduzierten Engagements:

- Rückzug von den Kollegen, Freunden und Bekannten, eine Tendenz zur Dehumanisierung und Stereotypisierung im Umgang mit dem Klientel, eine Betonung von Fachjargon und

Verschiebung der Arbeitsschwerpunkte weg von der Hilfe hin zu mehr Beaufsichtigung und Reglementierung. Eine Zunahme der Fehlzeiten ist zu beobachten.

- Das nächste Stadium ist das der emotionalen Reaktion auf die Desillusion: das Aufgeben zentraler Ziele und Befriedigungsquellen. Sieht man die Verursachung der Krise im Wesentlichen bei sich selbst, so wird man vielleicht depressiv reagieren, Schuld- und Insuffizienzgefühle entwickeln, die zu einer Erniedrigung des Selbstwertgefühles führen. Verarbeitet man diesen Konflikt eher aggressiv, so wird man eine nörgelnde, pessimistisch-anale Arbeitshaltung entwickeln, bestimmt von Misstrauen bei häufigen Konflikten mit Kollegen und Klienten bei Verleugnung einer Eigenbeteiligung.
- Als nächste Phase ist eine Abbauphase mit deutlichem Leistungsabfall festzustellen, ein Verlust an Initiative und Flexibilität, ein Widerstand gegen jegliche Veränderung: Dienst nach Vorschrift bei vollzogener innerer Kündigung.
- Diese Entwicklung lässt sich weiter fortschreiben über das Stadium der geistig-emotionalen Verflachung und Verarmung des beruflichen und sozialen Lebens, wobei sich psychosomatische Symptome mit größerer Häufigkeit und Intensität ankündigen oder gar bestimmend werden, bis hin zum finalen Burnout-Stadium: das der Verzweiflung: Das zeitweise Gefühl der Hilflosigkeit zu Beginn der Entwicklung hat sich zu einem permanenten Gefühl der Hoffnungslosigkeit bis hin zur psychopathologischen Erscheinung der Depressivität verdichtet.

Die vielen wissenschaftlichen arbeits-, sozial- und persönlichkeitspsychologischen Ansätze, Burnout als eigenständiges Phänomen exakt zu definieren und von verwandten Konstrukten abzugrenzen, haben zwar die Bekanntheitskurve dieses Begriffes steil ansteigen lassen, die Frage nach einer wissenschaftlich überzeugenden, handhabbaren bzw. operationalen Definition ist damit jedoch bis heute noch nicht beantwortet.

Im Gegenteil: Mit der Popularisierung des Begriffes und seinem zunehmenden umgangssprachlichen Gebrauch besteht die Gefahr, dass das ohnehin weiche Konstrukt Burnout jegliche Trennschärfe verliert, zu einem Schlagwort verkommt, das kaum noch etwas erklärt.

Trotz der Vielfalt der Definitionsversuche in der zum Teil sehr heterogenen Burnout-Forschung herrscht jedoch weitgehende Übereinstimmung, dass es das Erleben des Ausgebranntseins gibt. Es ist verbunden

- mit Gefühlen der Hilflosigkeit,
- mit Distanzierungswünschen gegenüber der Klientel,
- mit Kompetenzproblemen und dem Gefühl der Insuffizienz,
- mit schwindendem persönlichen Engagement,
- mit Zynismus und Dehumanisierung der Klientel gegenüber,
- mit depressivem Erleben,
- mit Erschöpfungsgefühlen und einer allgemeinen Arbeitsunlust.

Dabei wird Burnout als Prozess mit regelhaften Phasen verstanden. Die eingeschränkte Fähigkeit, die mit der Arbeit verbundenen Belastungen zu bewältigen, führt dazu, dass auch außerberufliche Bereiche wie persönliche Interessen, Familie und Freundeskreis von dieser malignen Entwicklung berührt werden.

Bei dem Versuch, eine handhabbare, wissenschaftlich überzeugende und praktische Definition von Burnout zu erarbeiten, ist es von Bedeutung,

- ob man bei der Erklärung von Burnout eine individuumsspezifische, also personenbezogene Sicht hat,
- ob man die zentralen Ursachen für Burnout-Prozesse in institutionellen Bedingungen der Arbeit sieht,
- ob man die Entstehung und Aufrechterhaltung von Burnout als Interaktion zwischen den beiden vorgenannten Verursachungsbündeln ansieht oder aber
- ob man als wesentliche Determinanten für Burnout die sich verändernden sozialen, kulturellen und gesellschaftlichen Verhältnisse ansieht.

Individuumsspezifische Ansätze gehen letztlich von der Annahme aus, dass die Patienten und die Beratungsstellen so bleiben, wie sie sind, und dass es am einzelnen Therapeuten liegt, etwas innerhalb dieser Bedingungen für sich zu verändern, z. B. in Selbsterfahrung oder Psychotherapie.

Vielleicht liegt es daran, dass viele der Forscher auf diesem Gebiet Psychotherapeuten sind und - wohl berufsbedingt - dazu neigen, Persönlichkeitsvariablen zu überschätzen und damit strukturelle Arbeitskonflikte zu individualisieren.

Stellt man ausschließlich die Arbeitsbedingungen in den Mittelpunkt der Betrachtung, so verkennt man die Tatsache, dass nicht alle in einer Burnout-fördernden Arbeitsatmosphäre tatsächlich ausbrennen. Offensichtlich verfügen viele über Bewältigungsstrategien oder Ressourcen, die vor Verletzungen im Sinne eines Burnout in Arbeit schützen.

Vorwiegend kulturelle oder gesellschaftliche Veränderungen als Verursachung für Burnout anzusehen, bietet zum einen kaum konkrete Ansätze für Bewältigungsstrategien. Zum anderen sind die Aussagen dieses Ansatzes in der Regel zu allgemein und verlieren sich in einer pessimistisch getönten globalen Kulturkritik.

Ausgehend von den zentralen Fragen der Arbeitspsychologie nach den Auftrags- und Erfüllungsbedingungen der Arbeit, den Dimensionen der Arbeitstätigkeit und der eigentlichen Tätigkeitsanalyse erscheint mir insbesondere der Beitrag der organisationspsychologischen Stress- und Arbeitsforschung als fruchtbar zum Verständnis von Burnout-Prozessen.

Burnout ist nach meiner Auffassung ein aus Aufgabenvariablen und Arbeitsbedingungen sowie aus Persönlichkeitsmerkmalen erklärbares Reaktionsphänomen.

$$\mathbf{Burnout} = f(\mathbf{P} \times \mathbf{U})$$

Zum Verständnis von Burnout ist es nach meiner Auffassung hilfreich, persönlichkeitsabhängige Arbeitsstile zu unterscheiden, um zu verstehen, welche persönlichkeitspezifischen - und wenn Sie so wollen - auch neurotischen Anteile einem Burnout-Prozess zugrunde liegen können.

Diesen unterschiedlichen persönlichkeitspezifischen Arbeitsstilen lassen sich auch entsprechende Erwartungen an den Beruf, die Belohnungen aus der Berufstätigkeit usw. zuordnen. Freudenberg sieht ja in einer Diskrepanz zwischen Erwartung und beruflicher Realität den auslösenden Faktor für Burnout.

Bei von Burnout-Betroffenen zeigen sich sehr häufig illusionäre Erwartungen an die berufliche Realität, oftmals durch unbewusste und ungelöste Grundkonflikte neurotisch getriggert.

Demnach sehen Burnout-Prozesse sehr unterschiedlich aus, sie sind im Wesentlichen abhängig von dem Teil der Varianz, den die einzelne Person einbringt.

Die Psychoanalyse beschreibt Persönlichkeitsstrukturen und leitet deren Entstehung aus Umwelteinflüssen ab, wobei den größten Einfluss auf die Entwicklung der Persönlichkeit die jeweiligen Erfahrungen während der ersten Lebensjahre haben.

Die Persönlichkeitsstruktur beschreibt idealtypisch den Umgang des Einzelnen hinsichtlich seines Erlebens und Verhaltens mit ubiquitären Anforderungen der sozialen und materiellen Welt, d. h. auch den Umgang des Einzelnen mit der Arbeit, den Stellenwert, den der Einzelne seiner Arbeit bei der Regulation seiner sozialen Beziehungen oder aber innerhalb der eigenen Selbstwertregulation beimisst.

Auch bestimmt die Persönlichkeit in entscheidendem Maße die Motivation, einen Beruf zu ergreifen oder zu lassen.

Die Berufstätigkeit bietet ja die Möglichkeit, kompensatorisch im Sinne einer Selbstkorrektur das anzustreben, was man sein möchte, bewusste oder unbewusste Bedürfnisse auszuleben oder aber andere bestimmte Belastungen und Anforderungen zu meiden.

Wenn man per identifikatorischem Irrtum bei der Berufswahl seine „Pathologie“ zum Beruf macht und zudem im Beruf keine korrigierenden sozialen Erfahrungen machen kann, heißt das, dass es keine persönliche Weiterentwicklung geben kann, was die Lebensqualität deutlich herabsetzt und Burnout-Entwicklungen begünstigen kann.

Es lassen sich folgende persönlichkeitsabhängige oder strukturspezifische Arbeitsstile unterscheiden:

### **Der egozentrisch-narzisstische Arbeitsstil: Der GRANDIOSE**

Narziss, eine Gestalt der griechischen Mythologie, verliebte sich in sein eigenes Spiegelbild.

In dem Sinn, als die Produkte unserer Arbeit symbolische Repräsentationen unseres Selbst sind, wirken diese für egozentrisch-narzisstische Menschen wie ein Bild von sich selbst, welches sie von Anderen ständig bewundert und anerkannt sehen wollen.

Ihr Verhalten kann extrem darauf ausgerichtet sein, anerkennend Aufmerksamkeit auf sich zu lenken.

Das Grundproblem narzisstischer Menschen ist es, nicht wichtig genommen worden zu sein, sei es dadurch, überhaupt nicht erwünscht gewesen zu sein, sei es durch lange Abwesenheit der Mutter, durch wirtschaftliche Notlagen oder aber durch Ehekonflikte der Eltern oder ähnliches.

Eine Bewältigungsform dieser Bedrohung ist es, sich auf Phantasien eigener Größe zurückzuziehen und sich von außen, von anderen unabhängig zu fühlen, wobei das eigene Selbst als omnipotent phantasiert wird.

Zur Erhaltung dieser Omnipotenzvorstellungen werden aber andere Menschen benötigt. Von daher ist die Beziehung zu Anderen, zu Kollegen oder Patienten rein instrumentellen Charakters, d. h. diese haben Anerkennung und Bewunderung der eigenen Größe zu liefern, werden als kritiklose Jasager benötigt.

Der narzisstische Arbeitsstil ist durch die Überbewertung der eigenen Leistungen bei gleichzeitiger Abwertung der Leistungen Anderer geprägt. Der Arbeitsgegenstand ist für diese Menschen sekundär, es besteht keine echte innere Bindung. Er dient lediglich als Vehikel zur Darstellung der eigenen Größe.

Kritik wird oft als massive Kränkung erlebt und entsprechend überempfindlich aggressiv zurückgewiesen, wenn sie denn überhaupt ernstgenommen wird. Da der Andere eher entwertet wird, sind echte kollegiale Delegation und Absprachen kaum möglich.

### **Der narzisstische Therapeut:**

Der narzisstische Therapeut muss der große Star sein. Die Klinik ist die Bühne seiner Grandiosität und die Therapie bietet ihm die Möglichkeit für einen großen Auftritt. Nichts ist für sein überhöhtes Ich-Ideal gut genug. Von daher überfordert er nicht nur sich selbst, sondern oft auch seine Patienten, sodass er von ihnen häufig gefürchtet wird.

Die Patienten sollen ausschließlich Erfüllungsgehilfen der eigenen Grandiositätsvorstellungen sein. Der einzelne Patient wird in seiner Individualität nicht wahrgenommen. Der narzisstische Therapeut instrumentalisiert sowohl seine Patienten als auch seine Kollegen: Alle haben ihn anerkennend zu bewundern, zu lieben. Liebe bedeutet für ihn beziehungslose Bewunderung.

Der identifikatorische Irrtum narzisstischer Therapeuten besteht darin, dass es nicht zentrale Aufgabe der Patienten ist, ihre Therapeuten und deren überhöhte Ich-Ideale zu bewundern oder gar zu idealisieren. Die Klinik ist keine Bühne für die überwertige Selbstdarstellungstendenz narzisstischer Therapeuten mit Patienten als Claqueuren. In vielfältiger Weise muss sich der Therapeut in der therapeutischen Szene seine Patienten zur Verfügung stellen – muss der Therapeut für die Patienten da sein – nicht umgekehrt.

Narzisstische Therapeuten brennen aus bei realen Begrenzungen und Anforderungen, die sie nicht bewältigen können und die für sie gleichsam eine Majestätsbeleidigung darstellen. Oftmals inszenieren sie einen Eklat, der im Sinne eines Mobbing-Erlebens subjektiv interpretiert wird und ihnen die Möglichkeit gibt, ohne Gesichtsverlust krank zu sein, d. h. Schwäche zu zeigen.

Das Grunderleben des Narzissten ist das der Befürchtung von Blamage und Beschämung, wenn er seinem Grandiositätsanspruch nicht gerecht werden kann. Seine Stärke ist sein kompromissloser Leistungswille mit beeindruckender rhetorischer Eleganz. Von daher gelangen sie oftmals in Leitungsfunktionen, von wo aus sie durchaus neue und ungewöhnliche therapeutische Wege entwickeln können.

### **Der einsam-schizoide Arbeitsstil: Der PHILOSOPH**

Dem einsam-schizoiden Menschen ist im Verlauf seiner Entwicklung die Hinwendung zum Du, zum Anderen nicht hinreichend gelungen. Er ist getrieben von dem Wunsch nach verschmelzender Harmonie mit Anderen bei gleichzeitiger überwertiger Angst, dann seine eigene Identität zu verlieren und verschlungen zu werden.

Intimität, Emotionalität und ungezwungenes Geben und Nehmen in einer Beziehung machen ihm Angst. Insofern kann ihm das formalisierte und strukturierte Arbeitsleben wichtige Orientierung in der Welt geben.

Aus der berechtigten Angst heraus, enttäuscht zu werden, fürchtet er in der Arbeit vor allem soziale Nähe, was in teamorganisierter Arbeit zu einem Problem werden kann. Gleichzeitig sucht er aber oft im Team die Geborgenheit einer Gruppe.

Er ist ständig bemüht, emotionale Beziehungen vorbeugend abzuwehren, sich auf das Sachliche zu konzentrieren und in misstrauischer Wachheit seine Grenzen zu schützen.

Kollegen werden aus einer verleugneten Kontaktunsicherheit und einer Enttäuschungsprophylaxe heraus misstrauisch beobachtet, häufig in den sozialen Antworten gekränkt, da ihm Empathie bei seiner gegebenen scharfen Beobachtungsgabe für soziale Situationen und die Schwächen Anderer nur kaum möglich ist.

### **Der schizoide Therapeut:**

Der einsame Philosoph ist der sachlich, kühle Therapeut, der sich seinem Fachgebiet, seiner Methode völlig verschrieben hat und dort sehr kompetent ist.

Die ständige Bemühung soziale Beziehungen abzuwehren, macht ihn oftmals zu einem Sonderling in der Klinik und im Kollegenkreis. Die mangelnde Übung im empathischen Umgang mit Patienten führt häufig zu Missverständnissen und Schrulligkeiten im Umgang mit ihnen, in der Folge zu einer Vereinsamung und Isolation, was die paranoid-ängstliche Misstrauenshaltung gegenüber Anderen nur verstärkt.

Oftmals ist die Klinik für ihn der einzige Ort der gesellschaftlichen Verankerung.

Der identifikatorische Irrtum bei der Berufswahl besteht darin, dass es in der Klinik eben nicht nur um die Anwendung einer therapeutischen Methode geht, sondern auch um ganz basale Sozialisationserfahrungen, um Beziehungen und emotionalen Austausch. Die ständige Abwehr der intensiven affektiven Interaktionen in der Klinik führt zu einer zunehmenden Isolation. Diese Therapeuten brennen dann aus, wenn sie ihre Patienten - übrigens ähnlich wie die narzisstischen Therapeuten - überfordern und es zu Konflikten mit der Klinikleitung oder Kostenträgern kommt. Bei diesen Konflikten geht es nicht um Grandiosität, sondern um die Reinheit der Lehre, die stimmige Theoriebildung. Ihre eingeschränkte Fähigkeit zu diplomatischem Denken und Handeln führt dann zu nicht mehr reparierbaren Beziehungsabbrüchen, die oft tragisch enden.

Ihr soziales Misstrauen bestimmt ihr Grunderleben. Ihre Stärke ist ihre Intuition sowie ihre innere Unabhängigkeit in der praktisch-klinischen sowie theoretischen Urteilsbildung.

### **Der abhängig-depressive Arbeitsstil: Der GUTE KUMPEL**

Abhängig-depressive sind oft Menschen, die sich von ihrer Arbeit führen lassen, die nicht arbeiten, sondern gearbeitet werden. Diese Menschen sind irritiert, wenn von ihnen verlangt wird, sich mit individuellen Vorlieben oder Zielen im Arbeitsbereich in den Vordergrund zu stellen.

Ursächlich für die Entwicklung einer depressiven Struktur sind Störungen innerhalb der Oralität. Oralität meint das auf die Nahrungsaufnahme bezogene Interaktionsverhalten zwischen Mutter und Kind. Orale Wünsche, die nicht oder nur uneinfühlsam erfüllt wurden, können sich späterhin nicht frei entfalten.

Aus einer Enttäuschungsprophylaxe heraus werden sie vermieden. Es fehlt dem Depressiven später an Initiative. Es sind Menschen, die umsorgt werden wollen, die wollen, dass man ihnen sagt, was sie zu tun haben.

Die durch orale Frustration entstandene Enttäuschungswut wird durch den Abwehrmechanismus der Introjektion gegen das eigene Selbst gerichtet, da man Objekte, die eine ähnliche Funktion wie die versorgende Mutter haben, nicht angreifen kann, aus der Angst heraus, das Objekt dann gänzlich zu verlieren.

So sucht der Depressive im Arbeitsverhalten Situationen zu vermeiden, die eine trennende Distanz zwischen sich und den Anderen zur Folge haben können. Er kann nur für Andere fordern, was er eigentlich für sich haben möchte. Er sucht Abhängigkeitsbeziehungen, passt sich den Forderungen Anderer an, wehrt sich nicht, um die Zuneigung der Anderen nicht zu verlieren.

Die unbewusste orale Bedürftigkeit wird oftmals im Sinne einer altruistischen Abtretung abgewehrt, indem er Andere überversorgt, so wie er es sich wünschen würde und sich dann mit den Versorgten identifiziert. Es entsteht ein Helfersyndrom, eine Burnout begünstigende Haltung gerade in helfender Tätigkeit.

Der Arbeitsgegenstand ist für ihn weniger wichtig als die Arbeitsbeziehungen, die Zufriedenheit, das Sattsein der Anderen in einer von Harmonie und Gleichklang bestimmten Atmosphäre.

Bei Kollegen wird soziale Nähe und Akzeptanz gesucht, Teamwork und Kooperation werden überwertig angestrebt. Aus der Angst heraus, den Anderen zu verlieren, kann der Depressive

nur sehr schwer fordern, d. h. Aufgaben delegieren oder aber Nein sagen. Das Vermeiden von aggressiven Auseinandersetzungen führt zu zeitaufwendigen Diskussionen, die selten zu klaren Entscheidungen führen.

Der Umgang mit der Arbeitszeit ist gestört, da sich Depressive nur schwer Grenzen setzen können. Sie arbeiten oft langsam und werden mit ihrer Arbeit nicht fertig. In der Freizeit haben sie dann häufig ein schlechtes Gewissen, können sich also auch hier innerlich nicht von ihrer Arbeit trennen und sich nur sehr schwer von ihren Belastungen erholen.

### **Der depressive Therapeut:**

Der depressive Therapeut möchte versorgen, füttern, er möchte die gute Mutter für Patienten und Kollegen sein, der gute Kumpel.

Die Patienten sind für sie die „guten Kinder“, sie stehen überwertig im Mittelpunkt. Der depressive Therapeut bemüht sich um Frieden um jeden Preis, er ist ständig bemüht und kümmert sich vor allem um benachteiligte Patienten.

Häufig entwickeln sich Konflikte mit der Klinikleitung oder den Kostenträgern in dem Sinne, dass diese - nach Auffassung dieser Therapeuten - mehr oder anderes für ihre Patienten tun müsste. Die Klinik dient ihm oft als Familienersatz.

Der identifikatorische Irrtum bei der Berufswahl besteht darin, dass der depressive Therapeut eigentlich selbst versorgt und gefüttert werden möchte, es sich jedoch nicht gestattet, dieses für sich einzufordern. Indem er nun Andere versorgt, macht er diese von sich abhängig und hemmt sie in ihren Entwicklungsmöglichkeiten, was sich viele Patienten nicht lange gefallen lassen, vor allem in der Ablösungsphase der Therapie. Werden die Hilfsangebote des Therapeuten zurückgewiesen, wird er mit seiner mangelnden Fähigkeit zu fordern konfrontiert, bricht er im Burnout-Prozess regressiv zusammen, er verausgabt sich über alle Maßen und wird krank, verliert jegliche Initiative und entwickelt stärkste Selbstzweifel.

Seine Stärke ist seine Fähigkeit, gute Beziehungen herzustellen, für ein gutes Klima in der Klinik zu sorgen. Seine Schwäche ist seine fehlende Abgrenzungsfähigkeit sowie sein relativ fehlender Leistungsanspruch.

### **Der kontrolliert-zwanghafte Arbeitsstil: Der BUCHHALTER**

Kontrolliert-zwanghafte Menschen lieben Disziplin, Pünktlichkeit und Selbstbeherrschung. Sie unterdrücken bei sich und anderen Spontaneität und Impulsivität, aber auch neue Ideen, da sie befürchten, diese nicht mehr unter Kontrolle haben zu können. Im Arbeitsverhalten werden systematische Ordnung, pedantische Reglementierung und Kontrolle überwertig hervorgehoben. Sie haben immer Angst, dass alles sofort unsicher und chaotisch würde, wenn sie ihr kontrollierendes Verhalten nur ein wenig lockerten.

Zwanghafte Strukturen entstehen zu der Zeit, in der das Kind beginnt, sich die Welt mit Trotzreaktionen und Willkür motorisch-expansiv anzueignen.

Unordnung fürchtende Eltern reagieren mit Ärger und werden mit Bestrafung versuchen dieses Verhalten zu begrenzen. Wenn aber durchaus gesunde Aggressionen, Unordnung und Schmutz sofort durch Strafen sanktioniert werden, kommt es zu einer Blockierung des unbekümmerten Umganges mit der Welt. Das Grundproblem zwanghafter Menschen ist ihr überwertiges Sicherheitsbedürfnis, das Vermeiden von Risiken, von Unordnung sowie die immerwährende Selbstkontrolle.

Aus der Angst vor den Folgen werden oft Veränderungen und Wandel blockiert. Aus der Unsicherheit heraus, einen Fehler zu machen, werden Entscheidungen hinausgezögert. Die Beziehung zu Kollegen und Patienten wird im Wesentlichen durch den Machtaspekt determiniert. Die eingeschränkte Fähigkeit, Prioritäten zu setzen, Perfektionismus, Pedanterie und die ständigen Auseinandersetzungen um Normen, die eigentlich Machtkämpfe sind,

generieren große Probleme in teamorientierten Arbeitszusammenhängen und im Umgang mit der Arbeitszeit.

### **Der zwanghafte Therapeut:**

Der zwanghafte Therapeut ist der strenge Therapeut, bei dem in der Klinik der Leistungsaspekt und die Kontrolle im Mittelpunkt stehen.

Es geht ihm ständig um Gerechtigkeit, Hausordnung und Strenge. Bei Konflikten mit Kollegen geht es in der Regel um Streitigkeiten über Prinzipien.

Der identifikatorische Irrtum bei der Berufswahl besteht bei zwanghaften Therapeuten darin, dass diese häufig ungelöste Autoritätskonflikte auf ihre Patienten projizieren. Der zwanghafte Therapeut muss stets der Mächtigere sein. In der Therapie wird ja auch immer die Machtfrage gestellt. Als Therapeut ist er zunächst immer per Rollendefinition der Stärkere. In der Klinik geht es jedoch weniger um die Klärung von Machtfragen als vor allem therapeutische Führung.

Der zwanghafte Therapeut brennt aus, wenn er sich bei seiner Unfähigkeit, Prioritäten zu setzen, in multiple, von Machtfragen determinierte Konflikte verwickelt. Er entwickelt körperliche Symptome wie Verspannungen, Rücken- und Bandscheibenbeschwerden, Kopfschmerzen oder aber er bekommt auf der Verhaltensebene Wutanfälle als aggressive Durchbrüche, die dann zu eskalierenden Konflikten vor allem mit Kollegen aber auch mit der Klinikleitung führen.

Seine Stärke ist seine Zielgerichtetheit sowie seine Disziplin, auch Selbstdisziplin. Seine Schwäche ist seine Prinzipienreiterei, seine mangelhafte Flexibilität.

### **Der vermeidend-phobische Arbeitsstil: DER ANGSTHASE**

Entwicklungspsychologisch entsteht die phobische Struktur zur gleichen Zeit wie die Zwangsstruktur, aber hier sind es nicht die strafenden, sondern die ängstlichen Eltern, die ihr Kind daran hindern, seine Fähigkeiten in Versuch und Irrtum auszuprobieren und zu entwickeln, aus der Angst heraus, dem Kind könne etwas zustoßen

Wenn sie gleichzeitig aus Ungeduld oder Zeitmangel nicht die altersentsprechende Unterstützung dem Kind gaben, aber von ihm Entwicklungsschritte erwarteten und forderten, die dem Alter des Kindes entsprachen, so übernimmt das Kind durch Identifikation die Ängstlichkeit der Eltern oder deren Unzufriedenheit mit den eigenen Entwicklungsschritten.

Phobische Menschen trauen sich meist weniger zu, als sie tatsächlich leisten könnten.

In Gegenwart eines Menschen, z. B. eines zwanghaften Partners, der sie kontrolliert, fühlen sie sich sicherer und haben weniger Angst, sie arbeiten unauffällig in der Gegenwart eines solchen Menschen, eines steuernden Objektes. Im Gegensatz zum zwanghaften Menschen suchen sie jedoch eher die Teamarbeit, da ein Team die Funktion des *steuernden Objektes* annehmen kann, was ihnen ja Sicherheit gibt.

Phobisch strukturierte Menschen kommen selten in leitende Positionen, sie vermeiden oftmals unbewusst eine Beförderung, denn als Erste hätten sie niemanden mehr über sich, den sie bei Problemen fragen könnten.

Auch nimmt der Phobiker leichter Kooperationsangebote von Arbeitskollegen oder Untergebenen an, er schafft sich in seinem beruflichen Feld oftmals eine Mehrzahl „steuernder Objekte“.

### **Der phobische Therapeut:**

Der phobische Therapeut ist ängstlich im Umgang mit seinen Patienten, er traut ihnen weniger zu als sie könnten, von daher hemmt er sie vor allem in ihren Entwicklungsmöglichkeiten in Richtung Autonomie und Selbstverantwortung.

Ähnlich wie der depressive Therapeut vermeidet der phobische Therapeut oft therapeutisch notwendige Konfrontationen oder aber Versagungen, aber nicht aus der Angst heraus, die Beziehung zu dem Patienten zu verlieren, sondern aus der Angst heraus, den Patienten zu überfordern. In Teambesprechungen und Konferenzen ist er der ängstliche Bedenkenträger, der oftmals notwendige institutionelle Weiterentwicklungen mit seiner ängstlich vorgetragenen Kritik hemmt.

Der identifikatorische Irrtum bei der Berufswahl besteht darin, dass der phobische Therapeut seine eigene Ängstlichkeit und sein überwertiges Sicherheitsbedürfnis auf die Patienten überträgt und dass er den Schutzraum, den die Institution bietet, zur Kontrolle eigener Ängste und Selbstverunsicherungen benötigt. Es ist auch Aufgabe des Therapeuten, seine Patienten zu fordern und zu fördern, ihren Mut zu machen, neue Wege einzuschlagen, Risiken einzugehen, Grenzen in Frage zu stellen und Verantwortung für das eigene Leben zu übernehmen.

Ähnlich wie der depressive Therapeut vermeidet der phobische Therapeut therapeutisch notwendige Konfrontationen oder Versagungen. In Besprechungen und Konferenzen ist er der ängstliche Bedenkenträger, der oftmals notwendige institutionelle Weiterentwicklungen mit seiner ängstlich vortragenden Kritik hemmt. Im Grunde genommen fällt der phobische Therapeut jedoch nicht auf, da er sich in der Regel an den Leiter oder Sprecher eines Teams anlehnt und diesen unterstützt.

### **Der wetteifernd-rivalisierende Arbeitsstil: DIE WUNDERKERZE**

Der wetteifernd-rivalisierende Mensch benutzt die Arbeit als Mittel, um sich möglichst effektiv durch die Darstellung eigener Arbeitsergebnisse vor Anderen Respekt zu verschaffen und zu beeindrucken, ohne zu entwerten.

Dieser Arbeitsstil basiert auf einer hysterischen Persönlichkeitsstruktur. Sie entsteht in der ödipalen Phase der Entwicklung, in der das Kind aus der symbiotischen Zweierbeziehung mit der Mutter in die realistischere Dreierbeziehung Vater-Mutter-Kind hineinwächst.

In der Lebensgeschichte dieser Menschen zeigt sich sehr häufig eine problematische elterliche Ehe, die das Kind in altersunangemessener Weise etwa im Sinne eines *Partnerersatzes* einbezieht, ein Milieu voller Widersprüche mit zu wenig gesunden Orientierungsmöglichkeiten und nachahmenswerten geschlechtsspezifischen Vorbildern.

Hieraus resultiert keine stabile Identität, insbesondere hinsichtlich der sozialen Rolle und der sexuellen Identität. Oft finden sie aus der Identifikation mit den Vorbildern ihrer Kindheit nicht heraus, oder aber sie spielen bzw. übernehmen ihnen aufgedrängte Rollen, nicht selten virtuos.

Bezogen auf den Umgang mit dem Arbeitsgegenstand heißt das, dass Neues schnell begeistert, aber in der Umsetzung oft recht oberflächlich bearbeitet wird, dann recht bald langweilig wird. Nach der Startphase eines Arbeitsprojektes beginnt ja oftmals eine von Schwierigkeiten und Routine geprägte Durststrecke sowie Realitätsbewährung, die Durchhaltevermögen und damit innere Stabilität verlangt.

Der wetteifernd-rivalisierende Mensch ist auf der ständigen Suche nach neuen Ideen, nach Abwechslung, wobei es ihm im Wesentlichen um mehr Schein als Sein geht, um das Glänzen vor Anderen. Demgegenüber steht bei ihm die Unfähigkeit beharrlich in der Arbeit Schwierigkeiten zu überwinden, das überlässt er gerne anderen. Der Umgang mit Arbeitskollegen wird durch Konkurrenzbeziehungen geprägt. Kollegen, wenn sie denn gleich gut oder besser sind, werden als Bedrohung erlebt.

Der spielerisch-wetteifernd-rivalisierende Mensch sucht Bewunderer, die ihm das Gefühl geben, attraktiv und begehrenswert zu sein.

### **Der hysterische Therapeut:**

Der hysterische Therapeut ist der tolle Typ, der ewig jung bleiben möchte. Er rivalisiert ständig mit Kollegen, aber auch mit den Partnern der Patienten.

Die Klinik ist ihm Hobby. Sie muss Spaß machen, dafür investiert er viel Zeit, um stets originell zu sein. Dabei verzettelt er sich oftmals in einem Aktionismus, hält sich nicht an kollegiale Absprachen und setzt mit seinem „Feuerwerk“ seine Kollegen unter Druck.

Die Rivalitätskonflikte haben oftmals, wenn man genauer hinschaut, eine erotische Tönung, was häufig zu Konflikten führen kann. In der Lebensschwelle um das 50. Lebensjahr brennen diese Therapeuten aus: Sie werden von ihren Patienten nicht mehr recht ernst genommen, es gelingt ihnen nicht mehr, ohne Weiteres beliebt zu sein, zu blenden: sie „versanden“ depressiv.

Ihr identifikatorischer Irrtum besteht darin, dass sie ihre eigene Unsicherheit hinsichtlich ihrer Identität, auch ihrer sexuellen Identität, auf Patienten projizieren, sie treten betont männlich oder feminin auf, sodass sich oftmals auch Patienten in sie verlieben. Sie wollen im Grunde genommen nicht erwachsen werden und einen festen und konkreten Standpunkt beziehen. Sie möchten in der unverbindlichen Kindheit und Jugend verbleiben, wollen spielen und sich nicht festlegen lassen.

Ihre Stärke ist ihre spontane Kreativität, ihre Aufgeschlossenheit Neuem gegenüber, ihr schnelles Handeln sowie ihre Flexibilität. Ihre Schwäche ist ihre Unverbindlichkeit sowie ihre ständig wechselnden Standpunkte.

### **Die Bedeutung der einzelnen Arbeitsstile**

Die vorgestellten Arbeitsstile treten selbstverständlich bei niemanden in reiner Form auf, sondern immer in Mischform, sie beschreiben auch nicht etwas per se Pathologisches, sie zeigen aber auf, welche Grundkonflikte, die im Leben ungelöst geblieben sind, ein gestörtes Arbeitsverhalten oder aber Arbeitsleben mit determinieren.

Für eine weitere Untersuchung von Burnout-Prozessen sind die unterschiedlichen Kombinationen zwischen der Persönlichkeit des Therapeuten sowie der Persönlichkeit des Patienten interessant, d. h. narzisstisch strukturierter Patient/narzisstisch strukturierter Therapeut oder depressiver Therapeut/narzisstischer Patient ....

Diese unterschiedlichen Kombinationen hier zu diskutieren verbleibt keine Zeit, ich möchte in diesem Zusammenhang kurz auf die Arbeit von Fritz Riemann „Grundformen helfender Partnerschaft“ von 1974 hinweisen.

Selbstverständlich haben alle Arbeitsstile konstruktive Seiten, die in unserer hochgradig arbeitsteiligen Gesellschaft durchaus Karrieren begünstigen:

So wird ein vorwiegend zwanghafter Arbeitsstil im Bereich der Therapiekonzeption und Administration einer Klinik wahrscheinlich berufliche Karrieren begünstigen, es ist zu vermuten, dass im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit der gleichen Klinik das Gegenteil einträte.

Ohne eine gewisse narzisstische Bedürftigkeit sollte sich niemand um eine leitende Position bemühen, die ihn häufiger in die Öffentlichkeit bringt, und ohne depressive Anteile könnte man nicht über längere Zeit als Psychotherapeut tätig sein.

Jeder Arbeitsstil kann in Abhängigkeit und Interaktion von Variablen, die im beruflichen Umfeld liegen, Karrieren begünstigen oder aber maligne entgleisen.

Peter (1970) beschreibt in seinem Buch „Das Peter-Prinzip“ die Pathologie des Erfolges, das „Scheitern am Erfolg“:

Ein Psychotherapeut mag durch eine sehr rigide einengend-strenge Kindheit mit vielen Versagungen eine vorwiegend depressiv-zwanghaft strukturierte Persönlichkeit entwickelt haben und wird aufgrund seiner Genauigkeit, Verlässlichkeit sowie seines Einfühlungsvermögens zum Abteilungsleiter befördert, sodass der größte Teil seiner Arbeit nun in der Führung und Motivation eines Mitarbeiterteams liegt.

In dieser Position werden von ihm nun Leistungen erwartet, die ihn bei seinen persönlichkeitsbedingten Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen, Kontrolle abzugeben, zu delegieren und Prioritäten zu setzen, zu fordern, emotional chronisch überfordern. Wenn er kaum andere Verhaltensalternativen hat, wird er wahrscheinlich zwanghaft versuchen, diese für ihn bedrohliche Situation zu bewältigen nach dem Motto „mehr vom Gleichen“.

Vielleicht wird er seinen Arbeitsaufwand deutlich erhöhen, um doch noch die Kontrolle über die Arbeit seiner Untergebenen zu behalten, ein zwanghaft arbeitssüchtiges Verhalten wäre der Ausweg.

Vielleicht wird er entwürdigende Kontrollmechanismen entwickeln, die seine Mitarbeiter in ihrer Arbeit infantilisieren und kränken, worauf diese sich irgendwann irgendwie wehren werden, und er wird sich als Mobbing-Opfer erleben.

Vielleicht wird er seelische Symptome wie Zwänge, Angstzustände oder aber körperliche Beschwerden, wie Spannungssymptome entwickeln, krank werden.

In den Erfolgsmöglichkeiten eines jeden Arbeitsstiles ist auch immer das Scheitern begründet. Aus meiner Arbeit mit Therapeuten im weitesten Sinne erscheinen mir v. a. Mischstrukturen aus dem depressiven Formenkreis zu dominieren, also narzisstisch-depressive, depressiv-zwanghafte oder aber depressiv-phobische Strukturen.

Therapeuten mit dominierenden depressiven Strukturanteilen haben die Hauptschwierigkeit, sich von ihren Patienten, insbesondere den depressiven, überfordern zu lassen.

Bei ihrer gegebenen überdurchschnittlichen Einfühlungsfähigkeit sind sie bereit, alles schwer und ernst zu nehmen, sie identifizieren sich zu sehr mit ihren Patienten und wahren oft nicht eine schöpferische Distanz, aus der man allein helfen kann. Sie lassen sich häufig ausnutzen, sind im Umgang mit der Zeit leicht zu nachgiebig, sie neigen zu Schuldgefühlen, weil sie nicht besser und schneller helfen können, sind zu bereit, entsprechende Vorwürfe von Seiten der Patienten anzunehmen.

Bei ihnen hat überwertig immer der Patient recht, alle Probleme, Krisen und Rückfälle in der Therapie sind sie bereit, als eigenes Versagen zu lesen. Sie können sich nur sehr schwer abgrenzen, was den Umgang mit Patienten erheblich belastet. Die Fälle gehen ihnen Tag und Nacht nach, sie grübeln, was sie hätten besser machen können. Aus dem Grundgefühl der eigenen Insuffizienz heraus sind sie allzu bereit, ihren eigenen Ausbildungsstatus als zu gering zu erachten, sehen bei sich zu schnell die Notwendigkeit, sich ständig weiterzubilden.

Wenden wir uns nun - nach der Betrachtung disponierender Persönlichkeitsmerkmale - in einem zweiten Schritt den belastenden Umweltfaktoren, den institutionellen Stressoren zu, in denen Therapie stattfindet.

## **Institutionelle Stressoren:**

Es lassen sich vier Anforderungskategorien unterscheiden:

- 1. Aufgabenanforderungen**
- 2. Physische Anforderungen**
- 3. Rollenanforderungen**
- 4. Zwischenmenschliche Anforderungen**

### **Aufgabenanforderungen:**

Hier ist zunächst zu unterscheiden zwischen den quantitativen und den qualitativen Anforderungen. Die quantitative Arbeitsbelastung wird ausgedrückt durch den Patienten-Therapeuten-Schlüssel, die Anzahl der Patientenkontakte pro Tag bzw. die Anzahl der zu behandelnden Patienten über das Jahr.

Hier hat es gerade in den letzten Jahren durch die Kostenreduktionsprogramme im Gesundheitswesen erhebliche zusätzliche Belastungen gegeben:

Die Verkürzung der Behandlungszeiten führte zu einer quantitativen Verdichtung der einzelnen Behandlungen pro Tag bzw. pro Woche, und der einzelne Therapeut behandelt über das Jahr mehr Patienten.

Daneben ist der administrative Aufwand, der Papierkrieg, durch die Qualitätssicherungsprogramme und andere Dokumentationsauflagen der Kostenträger erheblich angestiegen.

Oftmals ist eine Aufgabe nur auf Kosten einer anderen Aufgabe zu erfüllen, ein Konflikt, der im Umgang mit Patienten für den Therapeuten sehr belastend sein kann.

Von den quantitativen Anforderungen sind die qualitativen Anforderungen abzugrenzen.

So verlangt die Zunahme der so genannten Frühstörungsanteile bei den Patienten nach einem veränderten therapeutischen Zugang - sowohl methodisch als auch institutionell. Mit dem gesellschaftlichen Wandel verändern sich ja auch die Krankheitsbilder und stellen immer wieder neue Anforderungen an die Therapeuten bzw. die Einrichtungen.

Daneben ist die therapeutische Arbeit durch einen hohen Anteil grenzüberschreitender Aktivitäten geprägt:

Neben der direkten Psychotherapie halten die Therapeuten langfristigen Kontakt zu den Familienangehörigen der Patienten, zu Beratungsstellen, Sozialämtern, Kostenträgern, Institutionen, die nach anderen Interessenslagen und Gesetzen funktionieren als z. B. die Klinik und die zum Teil in unterschiedlicher Weise eine implizide oder explizide Bewertung der therapeutischen Arbeit aufgrund eigener Leistungsvorgaben vornehmen. Neben der eigentlichen therapeutischen Arbeit vertreten die Therapeuten ihre Einrichtung also auch immer nach außen.

### **Physische Anforderungen:**

Wenn die materiellen - also physischen - Ausstattungen des Arbeitsplatzes nicht so gestaltet sind, dass sie die Funktion erfüllen, für die sie gebraucht werden, wird derjenige, der in einer solchen Umgebung arbeitet, zusätzlichen Stress erleben.

Der Arbeitsplatz sollte

- Schutz und Sicherheit für den Mitarbeiter liefern,
- soziale Kontakte erleichtern,
- symbolische Identifikation liefern,
- durch Aufgabeninstrumentalität gekennzeichnet sein und
- die Freude an der Arbeit erhöhen.

Betrachtet man sich konkrete Arbeitsplätze in Beratungsstellen und Suchtkliniken sowie deren Ausstattung, so fällt häufig eine eklatante Dysfunktionalität auf, wobei oft durch private Improvisationen versucht wird, diese Dysfunktionalität abzufedern oder aber die Arbeitsatmosphäre gemütlich zu gestalten.

Auf die Bedeutung der vielen kleinen, durch Arbeitsplatz-Dysfunktionalität verursachten Störungen, Hemmnisse oder Verzögerungen auf das Stress-Erleben in der Suchttherapie weisen ausführlich Enzmann und Kleiber (1989) hin.

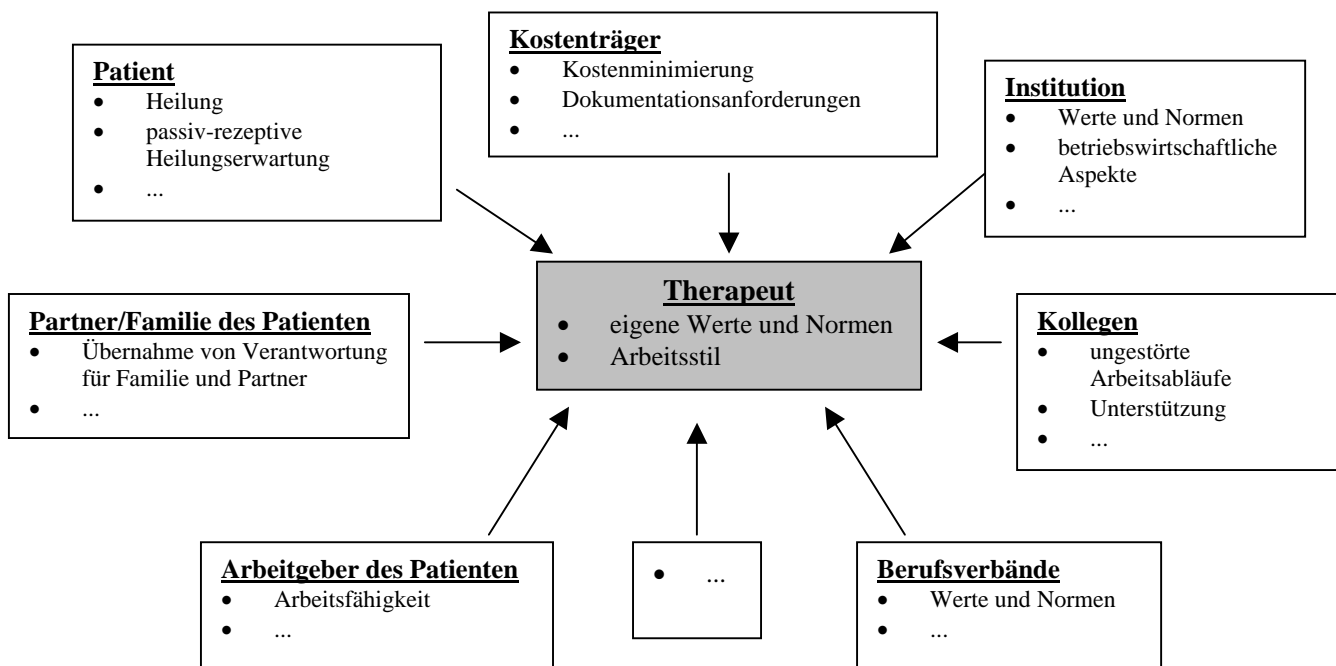
### **Rollenanforderungen:**

Aus den grenzüberschreitenden Aufgabenanforderungen resultieren oft multiple Rollenansforderungen an den Therapeuten. Stress wird durch die Unmöglichkeit oder Schwierigkeit verursacht, den verschiedenen, oft sich widersprechenden Rollenerwartungen gerecht zu werden. Dinslage (1983) hat 28 unterschiedliche Rollenerwartungen zusammengestellt, die an Mitarbeiter therapeutischer Einrichtungen gerichtet werden:

Helfer, Mutter, Vater, Freund, Kumpel, Vorbild, Mann, Frau, Erlöser, Bündnispartner, Fachmann, Verwahrer, Reparatuer, Erzieher, Interessent, Mithelfer, Mitstreiter, Hilfesuchender, Lernender, Verwalter, Kontrolleur, Krisenmanager, Imagepfleger, Klientenwerber, Kostenverwalter, Buchhalter, Zahlmeister, Ökonom, Dokumentar, Richter.

Aber nicht nur der Patient richtet Rollenerwartungen an den Therapeuten, sondern auch die Klinikleitung der Klinikträger, der Kostenträger, die Familie des Patienten, der Arbeitgeber, das Behandlungsteam usw.

Der Therapeut ist gleichsam gefangen in einem Netz ganz unterschiedlicher Erwartungen, von denen er einige immer wieder enttäuschen muss:



Verstärkt wird das Stresserleben durch eine hohe Rollenambiguität, die immer dann auftritt, wenn es unzureichende Informationen darüber gibt, welches Rollenverhalten erwartet wird, oder wenn es unklare oder verwirrende Informationen über das erwartete Rollenverhalten gibt, oder wenn Unsicherheiten über die Konsequenzen eines bestimmten Rollenverhaltens vorliegen.

So erwarten die Kostenträger erfolgreiche Therapien bei geringen Kosten - andererseits reagieren sie auf Patientenbeschwerden auf der Ebene einer Verwaltung, die eben problemlose Therapieverläufe erwartet.

Der Klinikträger erwartet einen ungestörten Betriebsablauf unter betriebswirtschaftlichen Aspekten - gleichzeitig möchte er seine nach außen vertretenen Werte und Normen in der Therapie umgesetzt sehen usw.

### **Zwischenmenschliche Anforderungen:**

Die zwischenmenschlichen Stressoren betreffen die Anforderungen, die an den Therapeuten beim normalen Verlauf von sozialen, persönlichen und Arbeitsbeziehungen in der Klinik gestellt werden.

Da ist zum einen das Statusungleichgewicht in Kliniken, wo in multiprofessionellen Teams unterschiedliche Berufsgruppen zusammenarbeiten. Nicht selten verdienen Ärzte als Anfänger deutlich mehr als erfahrene Therapeuten z. B. Sozialarbeiter oder Kreativtherapeuten, die zudem sehr oft diese Ärzte einarbeiten. Auch haben Ärzte oft bessere Aufstiegschancen bzw. günstigere Kompetenzen zur Bewältigung ihrer alltäglichen Arbeit in der Klinik.

Durch Teambesprechungen, Fallkonferenzen, Supervisionen und Balintgruppen oder ähnliches entsteht eine hohe soziale Dichte, die bei Menschen, die ein größeres Bedürfnis nach Abstand und zwischenmenschlichem Raum haben, stressfördernd sein kann.

Auch die Kooperation mit Selbsthilfegruppen oder aber die Zusammenarbeit mit professionellen Ehemaligen stellt ganz besondere Anforderungen an die eigenen Abgrenzungsmöglichkeiten. Gerade gegenüber ehrenamtlichen Laienhelfern ist es sehr schwer, sich abzugrenzen, wenn diese Absprachen nicht einhalten oder aber kontraindizierte Maßnahmen ergreifen, da die Ehrenamtlichen ja keine Bezahlung erhalten und nicht über einen Arbeitsvertrag in die Institution fest eingebunden sind.

Ein weiterer Aspekt der zwischenmenschlichen Anforderungen ist der Führungsstil in einer therapeutischen Einrichtung.

Leiter sind ja in einer einzigartigen Situation, um für ihre Untergebenen Stress zu verursachen, sei es wissentlich oder aber unwissentlich. Hier ließen sich zur weiteren Klarifizierung die o. a. Arbeitsstile auf der Ebene des Leiterverhaltens durchdeklinieren.

Das Leiterverhalten wirkt von oben nach unten bis in die kleinste Abteilung einer Einrichtung und bestimmt über weite Strecken das Klima der Zusammenarbeit.

Ein Chef z. B., der durch eine große Zahl von Einmischungsversuchen in die laufenden Therapien seine Mitarbeiter infantilisiert, trägt dazu bei, dass einzelne Therapeuten ihre Patienten infantilisieren oder aber, dass sie sich mit ihren Patienten gegen den Leiter verbünden, was aber auch nur eine infantile Abwehr struktureller Konflikte ist.

Therapeuten an der vordersten Front sind sich einig, dass die Qualität ihrer Arbeit quantitativ im Grunde genommen nicht erfassbar ist. Vorgesetzte und Leiter mögen mit ihren Mitarbeitern diesbezüglich sogar einer Meinung sein, stehen aber häufig unter dem Druck höherer Vorgesetzter oder aber der Öffentlichkeit, Zahlen beizubringen, die die Existenzberechtigung ihrer Einrichtung dokumentieren.

Wenn hier ungeklärte Konflikte entstehen und nicht transparent gemacht werden, bildet sich rasch bei den Mitarbeitern eine resignativ-fatalistische Einstellung zur Arbeit, ein entscheidender Schritt in Richtung Burnout als Stressreaktion.

Lassen Sie mich hier meinen Überblick zu den institutionellen Stressoren in der Therapie abrechnen. Ganz sicher gibt es noch weitere diskussionswürdige institutionelle Belastungsmomente, die die Arbeit in der Therapie bestimmen.

Im Zusammenspiel disponierender Persönlichkeitsmerkmale - Arbeitsstile - mit den verschiedenen institutionellen Anforderungen, kann es nun zu vielfältigen Person-Environment-Misfit-Konstellationen kommen, zu malignen Stressreaktionen bis hin zum Ausbrennen von Mitarbeitern.

Diese Stressreaktionen haben selbstverständlich negative Konsequenzen auf die Behandlungsqualität und wirken sich nicht nur negativ auf einzelne Therapieverläufe aus, sondern letztlich auch auf die Institution als Ganzes.

## **Burnout – Was kann man tun?**

Wegen der je individuellen Spezifität der Stressreaktion vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Arbeitsstile lassen sich keine allgemeingültigen individuellen Bewältigungsmöglichkeiten darstellen.

Auf institutioneller Ebene gibt es jedoch eine ganze Reihe von Strategien und Interventionen, die die Belastungen in der Arbeit reduzieren helfen.

Da vor allem unklare Erfolgskriterien, überhöhte idealistische Ziele, mangelndes Feed-Back, Überforderungen durch hohen Zeit- und Verantwortungsdruck, mangelnde Kontrolle über die Effekte des eigenen therapeutischen Handelns sowie die sich weiter einengende Autonomie über die Arbeitsgestaltung von Betroffenen als ursächlich für das Erleben von Stress in der Therapie genannt werden, ergeben sich aus dieser Negativliste - sowie aus den oben beschriebenen Anforderungsmustern - deutliche Hinweise für eine stressreduzierende Neugestaltung der Arbeitsbedingungen:

Die Leitungsebenen therapeutischer Einrichtungen sollten sich folgenden Fragen stellen:

- Wird bei der Formulierung von Behandlungszielen Bescheidenheit geübt?
- Werden Mitarbeiter ermutigt, sich realistische Ziele zu setzen?
- Werden die Anforderungen, denen sich Mitarbeiter selbst aussetzen, von der Leitung reduziert, auf ein realistisches Maß begrenzt?
- Werden die Ziele der Arbeit klar und widerspruchsfrei formuliert?
- Werden die Verantwortlichkeiten in der Teamarbeit genau festgelegt?
- Werden schwierige und unangenehme Aufgaben unter allen Teammitgliedern
- von der Leitung aufgeteilt und übernimmt die Leitung hierfür die Verantwortung?
- Wird den Mitarbeitern Job-Rotation und eine Flexibilisierung ihrer Arbeitszeit ermöglicht?
- Wird die Karriereentwicklung der Mitarbeiter gefördert?
- Werden regelmäßige, von Wertschätzung getragene Rückmeldungen gegeben?
- Macht die Leitung ihre eigenen Rollenkonflikte transparent, und steht sie zu ihren Entscheidungen?
- Wird die Entwicklung von Unterstützungsgruppen, externer Supervision sowie Netzwerken gegenseitiger Hilfe, wie etwa Qualitätszirkel zur Mitarbeitergesundheit, gefördert?
- Wird die Fähigkeit zur psychischen Selbstversorgung der Mitarbeiter von der Leitung unterstützt?
- .....

Natürlich ist es nicht nur Aufgabe der Leitung einer therapeutischen Einrichtung, die Belastungsmomente in der Arbeit kritisch zu hinterfragen, jeder Einzelne ist letztlich für seine Gesundheit verantwortlich und auch zu einem großen Teil für seine eigene Arbeitszufriedenheit.

Auf individueller Ebene gibt es vielfältige Bewältigungsstrategien und Entlastungsmöglichkeiten, die sich jedoch im Rahmen eines allgemeinen Vortrages nicht verallgemeinern lassen, da sie von den je individuellen Ressourcen der Mitarbeiter abhängig sind.

### **Pädagogische Interventionen**

Pädagogischen Interventionen versuchen durch Informationsvermittlung über das Phänomen Burnout aufzuklären, Hintergründe und Ursachen zu benennen sowie Bewältigungsmöglichkeiten vorzuschlagen.

Durch diese Aufklärungsarbeit ist der Begriff Burnout in helfender, pädagogischer oder aber therapeutischer Tätigkeit zu enttabuisieren.

### **Körperorientierte Interventionen:**

In allen Ratgebern finden sich immer wieder Hinweise, Sport und Bewegung zu aktivieren, um hier ein motorisches Ventil für die vielfältigen Belastungen im Beruf zu finden.

Auch werden auf dieser Ebene Entspannungstechniken empfohlen wie das Autogene Training, die Progressive Muskelrelaxation oder aber die unterschiedlichen Formen des Yogas.

Alle körperorientierten Interventionen zielen auf eine Reduktion des körperlich erlebten Distress-Zustandes hin.

### **Kognitiv-behaviorale Interventionen:**

Es gibt verschiedene Interventionen, deren Ziel es ist, „falsche“ Glaubenssätze oder aber Gedanken zu hinterfragen und zu verändern bzw. alternative Bewältigungsmöglichkeiten für die Belastungen am Arbeitsplatz zu diskutieren.

Hier sind zu nennen der Weg der Supervision in seinen unterschiedlichen Facettierungen, Balint-Gruppen, Teamtage u. Ä.

Auf individueller Ebene gehört auch sicherlich das persönliche Zeitmanagement zu einer möglichen Interventionsform.

### **Gruppenbezogene Interventionen:**

Die Bedeutung sozialer Unterstützung zur Vermeidung von Burnout wird in allen Burnout-Konzepten hervorgehoben. Hier ist es insbesondere die Pflege sozialer Beziehungen außerhalb der Arbeitswelt in der Familie oder aber im Freundeskreis.

Sprechen Sie mit anderen über Ihre Arbeit und fragen Sie, wie Sie von ihnen erlebt werden, was sich bei Ihnen verändert hat. Sich selbst kann man schlechtesten beschreiben!

Daneben finden sich in allen Ratgebern immer wieder Hinweise auf die Bedeutung der Pflege persönlicher Hobbys sowie der Hinweis, dass es psychisch und sozial entlastend sein kann, auf „mehreren Standbeinen“ zu stehen, sowohl im Arbeitsbereich als auch im Freizeitbereich.

Die an die Leitung gerichteten Fragen sollte sich jeder einzelne Therapeut immer wieder einmal stellen und mit anderen Kollegen diskutieren. Die gegenseitige kollegiale Unterstützung ist in höchstem Maße stressreduzierend, wie viele Untersuchungen zum Stressmanagement zeigen.

## **Behandlungskonzept für die stationäre Therapie von Burnout in der Hardtwaldklinik II**

Die stationäre psychotherapeutische Behandlung ausgebrannter Patienten ist in der Hardtwaldklinik II eingebettet in ein stationäres Gesamtkonzept, in dem alle Bereiche der Klinik zum Therapieraum gehören, in dem einerseits Therapie gemacht, andererseits die alltägliche Realität berücksichtigt wird (vgl. Janssen 1987). Damit versteht sich die Institution einer speziell für Psychotherapie eingerichteten und psychotherapeutisch geführten Fachklinik in Gänze als psychotherapeutische Intervention.

Durch minimale Strukturierung des Tagesablaufs wird sich der einzelne Patient sowohl in der Gruppe als auch in der Einzeltherapie, insbesondere aber im Interaktionsfeld zwischen sich und dem Klinikpersonal sowie den Mitpatienten auf der Station reinszenieren. Er wird seine unbewussten, präverbalen intrapsychischen Konflikte in Interaktion, Sprache und Beziehung umsetzen, so dass sie auf diese Weise besprechbar, verstehbar und klärbar werden (vgl. Bernhard, 1996).

Die Überzeugungskraft dieser Selbsterfahrungen wird durch die geschützte Versorgungssituation des stationären Rahmens verstärkt. Es gibt weder zu versorgende Patienten noch Arbeitskollegen noch Ehepartner, die als Ursache des eigenen Leidens dienen können.

Ein zu sehr verausgabungs- und unterordnungsbereiter Patient vom depressiven Typ wird etwa seinen Grundkonflikt reinszenieren, indem er sich z. B. von Mitpatienten ausnutzen lässt, da er nicht nein sagen kann. In der therapeutischen Auseinandersetzung kann er dann mit seinen eigenen Benachteiligungen konfrontiert werden, die er per projektiver Identifizierung auf andere übertragen hat.

Ein zu machtbewusster und normorientierter Mensch vom zwanghaften Typ wird mit den Folgen seines Verhaltens von seinen Mitpatienten konfrontiert werden, die sich seine Bemächtigungstendenzen und Kontrollbemühungen auf Dauer nicht werden gefallen lassen.

Die Behandlung des einzelnen Patienten wird unter Leitung eines festen Bezugstherapeuten von einem Behandlungsteam getragen, in dem Ärzte, Psychologen, Kreativtherapeuten, Pflegepersonal, Sozialarbeiter, Sportlehrer und Physiotherapeuten zusammenarbeiten. Sie alle tragen ihre oftmals sehr unterschiedlichen therapeutischen Erfahrungen mit dem Patienten zu einem Gesamtverständnis zusammen, um eine zielorientierte Behandlung zu ermöglichen, die von externen Fachkollegen supervisiert wird (vgl. Berger, 1997).

### **Die unterschiedlichen Behandlungselemente**

Das gruppenpsychotherapeutische Behandlungsangebot basiert auf der Anwendung der Psychoanalyse in Gruppen nach dem Göttinger Modell, insbesondere auf der psychoanalytisch-interaktionellen Methode (Heigl-Evers et al., 1994). Die Therapiegruppen sind offene, diagnostisch inhomogene Gruppen mit Teilnehmern aus unterschiedlichen Berufen.

In der gleichen Gruppenkonstellation finden Therapiesitzungen in einem Kreativverfahren - Gestaltungstherapie oder Konzentrierte Bewegungstherapie - statt, in denen den Patienten die Möglichkeit gegeben wird, sich anderen gegenüber auf symbolischer, nonverbaler Ebene mit ihren Problemen und Konflikten zu verdeutlichen.

Daneben werden Einzelgespräche geführt, in denen es konfliktorientiert um die vertiefende Deutung der in der Gruppenpsychotherapie gezeigten Kompromissbildungen als Spiegelung des individuellen Grundkonfliktes, um die Konfrontation mit der in der Einzeltherapie

gezeigten Übertragung sowie die Reflexion des auf der Station gegenüber Personal und Mitpatienten gezeigten Reinszenierungsverhaltens geht.

Es gilt, dem Patienten an möglichst vielen von ihm gezeigten oder geschilderten Verhaltensbeispielen zu verdeutlichen, wie sich die Burnout-Problematik im spezifischen Einzelfall äußert und welche negativen Konsequenzen damit für die jeweilige Person in der Klinik und das Leben außerhalb der Klinik verbunden sind oder waren.

Zum anderen geht es in der Einzeltherapie darum, das Arbeitsverhalten im Sinne einer verhaltenstherapeutischen Problem- bzw. Tätigkeitsanalyse lösungsorientiert abzuklären. Schwerpunkte bilden hierbei Informationen und Übungen zu Zeitplanungs- und Arbeitstechniken sowie die Hinterfragung subjektiver Mythen zur Rechtfertigung des krank machenden Arbeitsverhaltens mit dem Ziel einer Einstellungsveränderung.

Neben den physiotherapeutischen Interventionen wie Sport, Krankengymnastik und dem Entspannungstraining etc. bieten die im Behandlungsteam integrierten Sozialarbeiter konkrete Informationen und Unterstützung bei Veränderungsstrategien an, die den beruflichen Rahmen des Patienten in seinen sozialrechtlichen Aspekten direkt betreffen.

## **Generelle Behandlungsziele**

Wegen der Einzelfallsbezogenheit der Burnout-Problematik ist die Formulierung genereller Therapieziele nicht möglich. (vgl. Heigl-Evers, Heigel & Standke, 1988).

Allgemein lässt sich für die stationäre Psychotherapie jedoch sagen, dass es in einem ersten Schritt darum gehen sollte, dem Patienten das unbewusste Bedingungsgefüge, das sein Arbeitsverhalten steuert, zu verdeutlichen, also mit ihm zusammen ein Psychogeneseverständnis zu erarbeiten. Da das Burnout fördernde Verhalten eine Bewältigungsstrategie zur Lösung eines zumeist unbewussten Konfliktes darstellt, macht es erst dann Sinn, sich um konkrete Veränderungsschritte zu bemühen, wenn der Betroffene in Grundzügen verstanden und im Rahmen des stationären Settings erfahren hat, warum er in der Arbeit ausbrennt.

Konfliktorientierte stationäre Psychotherapie von Burnout heißt, an und in der therapeutischen Beziehung mit den psychoanalytischen Konzepten von Übertragung sowie Krankheit als Kompromissbildung ungelöster unbewusster Konflikte zu arbeiten.

Diese Arbeit knüpft zusätzlich lösungsorientiert an den Ressourcen des Patienten an, an seinen gesunden Persönlichkeitsanteilen und fördert verhaltenstherapeutisch deren weitere Entwicklung hinsichtlich kognitiver Umstrukturierung und Erweiterung von Verhaltenskompetenz.

Mit dem Ende der stationären psychotherapeutischen Behandlung, die in der Regel sechs bis acht Wochen dauert, stellt sich die Frage des Transfers der gewonnenen Erfahrungen und Einsichten in den Alltagsraum des Patienten. Vielfach wird es darum gehen, den Patienten für eine weiterführende ambulante Therapie oder Supervision am Heimatort zu motivieren, was aus unserer Erfahrung die Prognose für einen nachhaltigen Erfolg der stationären Behandlung deutlich erhöht.

Da das Beschwerdebild oft chronifiziert ist, ist bei einigen Patienten auch an eine Intervallpsychotherapie zu denken, d. h. nach Ablauf von ein bis zwei Jahren stellt sich der Patient erneut für eine, dieses Mal kürzere stationäre Behandlung vor, in der die positiven und weniger positiven Erfahrungen mit den während der ersten Behandlungssequenz entwickelten Veränderungsstrategien überarbeitet werden können.

## **Literaturliste:**

- Boice, R., Hertli, P. (1982). *Do psychologists practice what they teach?*. In: Teaching of Psychology, 9, Heft 2.
- Burisch, M. (1989). *Das Burnout-Syndrom*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Dinslage, A. (1983). *Rollengenie oder Erwartungsoffer? Zur Situation von Mitarbeitern in therapeutischen Einrichtungen*. In: Gruppendynamik, 14, Heft 2
- Elsaesser, P.S. (1981). *Wenn sie dir zu nahe kommen. Die seelische Ökonomie des Psychotherapeuten*. Weinheim/Basel: Beltz-Verlag.
- Enzmann, D., Weber, D. (1989). *Helfen - Leiden*. Heidelberg: Ansanger.
- Fengler, J. (1987). *Jugend und Süchte: Berichtsband der Tagung des NLS vom 26.-28.03.87*. Hamburg: Neuland, 1988
- Fengler, J. (1991). *Helfen macht müde. Zur Analyse + Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation*. München: J. Pfeiffer.
- König, K. (1993). *Kleine psychoanalytische Charakterkunde*. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, 2. Auflage.
- Neuberger, O., Kompa, A. (1987). *Wir, die Firma*. Weinheim/Basel: Beltz-Verlag
- Peter, L., Hull, R. (1970). *Das Peter-Prinzip: oder die Hierarchie der Unfähigen*. Rowohlt, Reinbek.
- Riemann, F. (1974). *Grundformen helfender Partnerschaft*. München: J. Pfeiffer Verlag.
- Riemann, F. (1976). *Grundformen der Angst*. München/Basel: E. Reinhard Verlag.
- Rüddel, H.-P. (1997) *Verhaltenstherapie und psychodynamische Psychotherapie*. In: Methodenmodifikation und Indikation in der psychosomatischen Rehabilitation. Hrsg. P. Bernhard.
- Schmidbauer, W. (1971). *Die hilflosen Helfer*. Rowohlt, Reinbek.

## **Kontaktadresse:**

Peter Berger  
Diplom-Psychologe  
c/o Hardtwaldklinik II  
-Privatstation-  
34596 Bad Zwesten  
Tel.: 0 56 26 - 88 17 77  
Fax: 0 56 26 - 88 18 33  
info@hardtwaldklinik2.de