

Zur Therapieausbildung in der Praxis: Umgang mit beruflichem Stress und Prävention von "Burnout" - Möglichkeiten für Verhaltenstherapeuten

Dieter Schmelzer

Elke Pfahler

ZUSAMMENFASSUNG. Ziel dieses Beitrags ist es, (vor allem angehende) Verhaltenstherapeuten für mögliche psychische Belastungen ihrer Berufstätigkeit zu sensibilisieren und Wege des effektiven Umgangs mit beruflichem Stress bzw. zur Prävention von "Burnout" anzuregen. Nach der pragmatischen Darstellung einiger relevanter Theorieaspekte werden sowohl wichtige Anzeichen als auch mögliche Bedingungsfaktoren für beruflichen Stress und "Burnout" skizziert. Für die Bewältigung solcher Belastungen läßt sich auf der Prozessebene den Prinzipien des Problemlösens folgen, nach denen auf der Grundlage einer konkreten Bedingungsanalyse "passende" Coping- bzw. Präventionsstrategien abgeleitet werden. Für die inhaltliche Ausgestaltung dieser Schritte wird im abschließenden Teil eine Reihe praxisnaher Vorschläge unterbreitet, die sowohl individuumszentriert (Person des Therapeuten) als auch systembezogen (Umgebungsfaktoren) ansetzen können.

SCHLÜSSELWÖRTER: Beruflicher Stress, klinisch-psychologische Ausbildung, Psychotherapeuten, Stressverarbeitung, Verhaltenstherapie.

ABSTRACT. This paper tries to sensitize (especially beginning) behavior therapists for possible occupational stress and to instigate ways for effective coping resp. for prevention of "burnout". After a pragmatic delineation of relevant theoretical aspects, important signs as well as possible conditions of occupational stress and "burnout" are sketched. For coping with such stresses, it is argued to follow the principles of problem solving at the processual level, and to derive (on the basis of a detailed behavior analysis) individually tailored coping/prevention strategies. With regard to the contents of these steps, a series of practical suggestions is presented, which can aim at changing personal contributions of the therapist as well as systemic factors (therapeutic and institutional setting).

KEY-WORDS: Behavior therapy, clinical psychology grad training, occupational stress, psychotherapists, stress management.

Die Tätigkeit als Therapeut² ist häufig mit psychischen Belastungen verbunden (vgl. z. B. Ackerley, Burnell, Holder & Kurdek, 1988; Aronson, Pines & Kafry, 1983; Burisch, 1989; Edelwich & Brodsky, 1984; Enzmann & Kleiber, 1989; Farber, 1983, 1988; Freudenberger, 1975; Guy, 1987; Kilburg, Nathan & Thoreson, 1986; Künzel & Schulte, 1986; Schmidbauer, 1977; Thoreson, Miller & Krauskopf, 1989 etc.). Zwar fehlen (besonders für den deutschen Sprachraum) exakte epidemiologische Zahlen über chronisch beeinträchtigte bzw. berufsbedingt arbeitsunfähige Psychotherapeuten; Guy (1987, S. 207 f.) schätzt aber - nach Durchsicht amerikanischer Studien - sehr zurückhaltend, daß ca. 10 % der dortigen Psychotherapeuten an diagnostizierbaren psychischen "Störungen" leiden, 0,5 % Selbstmord begehen, 8 % alkohol-, medikamenten- oder drogenabhängig sind und 8 % sich sexueller Übergriffe auf Klient(inn)en schuldig machen - potentielle Dunkelziffern einmal ausgeklammert. Selbst wenn sich solche Angaben nicht direkt auf hiesige Verhältnisse übertragen lassen (und außerdem z. T. Psychiater, Ärzte und Psychotherapeuten zu einer Kategorie zusammengefaßt wurden), müßte bereits der Bruchteil solcher Zahlen genügen, um auf mögliche Risiken der therapeutischen Tätigkeit aufmerksam zu machen.

Seit die neuere Verhaltenstherapie die Therapeut-Klient-Beziehung als bedeutsames (notwendiges, aber nicht hinreichendes!) therapeutisches

² Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde im gesamten Text eine maskuline Sprachform gewählt. Selbstverständlich gelten alle Aussagen gleichermaßen für Personen männlichen und weiblichen Geschlechts.

Element anerkennt (vgl. z. B. Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1990; Zimmer, 1983), läßt sich als ein wichtiges Ziel formulieren, daß der diagnostisch-therapeutische Prozeß möglichst unbeschadet durch negative persönliche Therapeuteneinflüsse ablaufen sollte (vgl. Schmelzer, im Druck). Hierzu gehört u. a., daß Verhaltenstherapeuten frühzeitig lernen, adäquat mit beruflichen Belastungen umzugehen, so daß sie gar nicht erst in einen Zustand extremer emotionaler/körperlicher Erschöpfung geraten, der in der Fachliteratur als "Burnout" (vgl. unten) bekannt geworden ist.

Mit dem vorliegenden Artikel möchten wir zur persönlichen "Psychohygiene" von Therapeuten beitragen, indem wir einerseits Anregungen für den Umgang mit unmittelbarem beruflichen Streß vermitteln, andererseits aber besonders die Möglichkeiten der Prävention betonen. In erster Linie wenden wir uns dabei an angehende Verhaltenstherapeuten sowie deren Ausbilder, Lehrtherapeuten und Supervisoren; daneben können wohl auch Kollegen mit längerer Berufserfahrung von diversen Vorschlägen profitieren.

Konkret verfolgen wir mit unserem Text u. a. folgende Ziele:

- 1.) Sensibilisierung von Therapeuten für mögliche Anzeichen von bzw. Risikofaktoren für "Helferkrisen", (chronischen) beruflichen Streß und "Burnout".
- 2.) Zusammenstellung einiger prozeßorientierter und inhaltlicher Hinweise für die konkrete Analyse von Bedingungen solcher Krisen auf individueller und Systemebene.
- 3.) Vermittlung von Anregungen zur Entwicklung "passender" ("maßgeschneiderter") Bewältigungs- bzw. Präventionsstrategien.

Insgesamt ist der Beitrag vor dem konzeptuellen Hintergrund der kognitiv-verhaltenstherapeutischen "Selbstmanagement"-Perspektive (vgl. Kanfer et al., 1990) entstanden; viele unserer Gesichtspunkte dürften aber auch für andere therapeutische Schulrichtungen von Bedeutung sein.

1 BERUFLICHER STRESS UND "BURN-OUT" - ZUR BEGRIFFSKLÄRUNG UND SYMPTOMATIK

Wie so häufig bei Versuchen, aus Ergebnissen der Grundlagenforschung praktikable Schritte abzuleiten, stehen klinische Praktiker auch bei den Themen "Streß" und "Burnout" vor einer schier endlosen Fülle von Einzelbefunden mit zum Teil unklaren oder gar widersprüchlichen Schlußfolgerungen. Aus diesem Grund ist es utopisch, im Rahmen dieses Artikels alle bislang versuchten Begriffsklärungen, Definitionsprobleme, theoretischen

Modelle oder Abgrenzungsversuche zu verwandten Konstrukten (wie z. B. Praxisschock, Lebensüberdruß, Arbeits(un-)zufriedenheit, Depression, erlernte Hilflosigkeit u. v. m.) auch nur ansatzweise darzustellen³. Wir werden daher sehr pragmatisch einige wenige Schwerpunkte herausgreifen, die für die *praktische* Bearbeitung unseres Themas nützlich sind.

Beruflicher Streß. Seit der ursprünglichen (physiologischen) Streß-Definition von Selye (1974/1988, S. 58: Streß als "unspezifische Reaktion des Körpers auf jede Anforderung, die an ihn gestellt wird") sind im Zuge der *psychologischen* Forschungsbemühungen zusätzliche Dimensionen einbezogen worden. Als Ausgangspunkt für das Erleben von Streß spielt meist ein (chronisches?) Ungleichgewicht zwischen den quantitativen und qualitativen Anforderungen der Arbeitssituation und den Ressourcen/Kompetenzen der Person eine wichtige Rolle. Schon in den "klassischen" Theorieansätzen wird Streß als ein dynamisches, in typischen Phasen ablaufendes Phänomen (Lazarus, 1966; Selye, 1974/1988) aufgefaßt. Dabei schätzt die betroffene Person nicht nur ein, ob eine Situation überhaupt als belastend empfunden wird, sondern trifft auch Entscheidungen über Schritte zur Bewältigung ("primary/secondary appraisal" bzw. "coping" bei Lazarus, 1966). Die *transaktionale* Konzeption von Streß (z. B. Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus & Launier, 1981) stellt besonders die komplexen *Wechselwirkungen* zwischen Personfaktoren und Umgebungsanforderungen heraus. Burisch (1989, S. 43) hat diesen Sachverhalt sehr einprägsam mit seiner "Kamel-Metapher" umrissen: Wenn ein Kamel unter einer Last zusammenbricht, ist es müßig zu fragen, ob das Kamel zu schwach *oder* die Last zu schwer war. Die einzig "korrekte" Aussage dazu ist: Die Last war *für das Kamel zu schwer*. In jedem Fall von Streß gibt es somit *individuelle* Muster der Ausprägung, *jeweils andere* Bedingungskonstellationen sowie *jeweils unterschiedlich adäquate* (weil personenspezifische) "Coping"- bzw. Präventionsstrategien. Dadurch werden u. a. die von Person zu Person unterschiedlichen Belastungseffekte verständlich und auch die kontrastierende Beobachtung plausibel, daß nämlich viele Therapeuten ihren Beruf als sehr befriedigend empfinden - und das nicht nur für kurze Zeit, sondern ein ganzes Leben lang (vgl. z. B. Thoreson et al., 1989).

³ Für eine differenziertere Betrachtung und eine vielschichtiger Diskussion verweisen wir bezüglich "Streß"/"Streßbewältigung" z. B. auf Brüderl (1988), Hobfoll (1989), Jerusalem (1990), Lazarus (1966), Lazarus & Folkman (1984), Moos (1988) oder Nitsch (1981), bezüglich "Burnout" z. B. auf Aronson, Pines & Kafry (1983), Burisch (1989), Edelwich & Brodsky (1984), Enzmann & Kleiber (1989) bzw. Kleiber & Enzmann (1990).

"Burnout". "Burnout" ist ein Prozeß, der im Endstadium zu emotionaler, kognitiver und körperlicher Erschöpfung der betroffenen Personen führt. Konkrete Anzeichen und Risikofaktoren des Phänomens werden wir weiter unten im Text ausführlicher präsentieren. Die nachfolgende Schilderung einer amerikanischen Sozialarbeiterin beschreibt u. E. zunächst sehr anschaulich die *Gefühlsqualität* dieses Vorgangs:

"When I try to describe my experience to someone else, I use the analogy of a teapot. Just like a teapot. I was on the fire with water boiling - working hard to handle problems and do good. But after several years, the water has boiled away, and yet I was still on the fire - a burned out teapot in danger of cracking" (zit. n. Maslach, 1982, S. 2).

"Burnout" - im Deutschen meist übersetzt mit "Ausbrennen" (= Hinweis auf den Prozeß) bzw. mit "Ausgebranntsein" (= Hinweis auf das (End-) Stadium) - tritt vor allem in Berufen auf, bei denen die *Beziehung* zwischen den Beteiligten eine wichtige Grundlage darstellt. In der Regel entsteht das Phänomen nicht von heute auf morgen, sondern entwickelt sich über einen längeren Zeitraum. Besonders "burnout"-gefährdet scheinen Berufsanfänger, die oft von ("naivem") Idealismus beflügelt in die Praxis einsteigen und sich dann mit einer Wirklichkeit konfrontiert sehen, die mit ihren theoretischen Konzepten und praktischen Fähigkeiten nicht in Einklang zu bringen ist (vgl. den sog. "Praxisschock": Künzel & Schulte, 1986). Aus diversen *Phasenmodellen*, die die allmähliche Entstehung von "Burnout" zu beschreiben versuchen, greifen wir stellvertretend das vierphasige Konzept von Edelwich und Brodsky (1984) heraus:

1. *Idealistische Begeisterung*: Zunächst wird voll Enthusiasmus und mit hohen Heilerwartungen an die Arbeit herangegangen (vgl. Aronson, Pines & Kafry, 1983, S. 13: "Nur wer einmal entflammt war, kann ausbrennen ..."). Der Helfer neigt zur Überidentifikation mit seinen Klienten und zu übermäßigem zeitlichen wie kräftemäßigen Engagement. Dabei arbeitet er oft ineffektiv, ohne es zu merken.

2. *Stagnation*: Bedingt durch erste berufliche Enttäuschungen (z. B. durch ablehnende Klienten, fehlendes Feedback über den Effekt eigener Bemühungen etc.) beginnt die Arbeit langsam an Reiz zu verlieren. Die Unzufriedenheit mit der Arbeitssituation wird eine Zeitlang durch vermehrtes Bemühen nach der Devise "Mehr desselben" zu bewältigen versucht; der Prozeß fährt sich jedoch früher oder später in einer Sackgasse fest.

3. *Frustration*: Angesichts dauerhafter Mißerfolgs-/Machtlosigkeitserfahrungen stellt sich die Frage nach dem Sinn der eigenen Tätigkeit. Die Arbeitsbedingungen (Klienten, institutionale Faktoren) werden als negativ erlebt; Zweifel an der eigenen Kompetenz, emotionale/physische Beeinträchtigungen, Probleme mit der Arbeitsdisziplin etc. entstehen.

4. *Apathie*: Diese tritt dann auf, wenn ständige Mißerfolge nicht konstruktiv zu überwinden sind, gleichzeitig aber die Möglichkeit eines Arbeitsplatzwechsels fehlt. Die Resignation führt z. B. zu Versuchen, alltägliche Arbeitsbelastungen möglichst gering zu halten oder Kollegen/Vorgesetzten aus dem Weg zu gehen, um sich nicht mit eigenen Mißerfolgen konfrontieren zu müssen ("innere Kündigung": Nuber, 1987).

An dieser Stelle wäre "Burnout" im Endstadium erreicht, und zwar in einer Ausprägung, die zumindest zeitweise gravierende berufliche Beeinträchtigungen ("impairment": Guy, 1987, S. 197 ff.) zur Folge hat.

Zusammenhang von beruflichem Stress und "Burnout". Der Zusammenhang zwischen beruflichem Stress und "Burnout" wird von vielen Autoren betont (vgl. zusammenfassend z.B. Burisch, 1989; Enzmann & Kleiber, 1989). Auch Cherniss (1980), den wir hier beispielhaft herausgreifen, sieht "Burnout" als das Ergebnis eines kombinierten Prozesses an, bei dem Arbeitsbelastungen, Stress und psychologische Anpassung zusammenwirken. Ihm zufolge entwickelt sich "Burnout" im wesentlichen in drei Stadien:

- (1) Durch ein Ungleichgewicht zwischen den Anforderungen an den Helfer und dessen Möglichkeiten, ihnen gerecht zu werden, entsteht eine permanente Situation der Überbelastung.
- (2) Im Zug dieser chronischen Überforderung entwickelt sich "Stress", der sich in Form von Angst, Anspannung, Müdigkeit oder Erschöpfung zeigt.
- (3) Statt adäquater Bewältigungsversuche wird auf sogenannte "defensive" "Coping"-Strategien zurückgegriffen (z. B. emotionale Distanzierung, Rückzugstendenzen, Zynismus etc.; vgl. Lazarus & Launier, 1981).

Für die "Burnout"-Entwicklung spielen somit Diskrepanzen zwischen den Anforderungen der Arbeitssituation und den Ressourcen der Person eine große Rolle. Falls ein Therapeut solche Diskrepanzen mittels inadäquater Bewältigungsstrategien (z. B. "defensivem Coping") zu regulieren versucht, sind "Burnout"-Phänomene, wie wir sie im nächsten Abschnitt präsentieren, hochwahrscheinlich.

Mögliche Anzeichen von "Burnout". Viele Merkmale können mit "Burnout" einhergehen, ohne bereits als Einzelanzeichen dafür repräsentativ zu sein. Da sich die Erscheinungsformen von Person zu Person stark unterscheiden und sich zudem aus Einzelmerkmalen *verschiedener* Bereiche zusammensetzen, hat die nachfolgende Übersicht eher den Charakter eines *Inventars möglicher Anzeichen*. Tabelle 1 wurde dabei inhaltlich in teilweiser Anlehnung an Guy (1987) zusammengestellt und bezieht sich vor allem auf die beiden Endstadien von "Burnout":

Tabelle 1: Raster potentieller Anzeichen von "Burnout" im Endstadium

<p>Kognitiver Bereich: Abweisende Haltung gegenüber Neuem; Inflexibilität; Verteidigungshaltung; Pessimismus; Depersonalisation; subjektive Zweifel am Sinn der Tätigkeit; Klienten für ihre Probleme selbst verantwortlich machen; Selbstzweifel/negative Einstellung zu sich selbst etc.</p>
<p>Affektiver Bereich: Reizbarkeit; Anspannung/Nervosität; Zunahme von Depressionen; Einsamkeit; Langeweile; Ängstlichkeit; emotionale Erschöpfung; Schuldgefühle; Hilflosigkeit; Zorn/Wut/Ärger; Motivationsverlust; Apathie etc.</p>
<p>Bereich des (extern beobachtbaren) Verhaltens: Gehäuftes Fernbleiben von der Arbeit; Unpünktlichkeit; unkonzentriertes Arbeiten; Zunahme von Kaffee-/Tabakgenuß; Alkohol-/Medikamentenmißbrauch; Steigerung der Unfallträchtigkeit etc.</p>
<p>Physiologischer Bereich: Chronische Müdigkeit; körperliche Erschöpfung; Schlafstörungen; Muskelverspannungen; Häufung von Krankheiten; Gewichtsverschiebungen; Magengeschwüre; Kopfschmerzen etc.</p>
<p>Bereich der sozialen Beziehungen: Zunahme von Kommunikationsschwierigkeiten; Verschlechterung der Beziehungen zu anderen Menschen (beruflich und außerberuflich); Intoleranz; Zynismus; Nörgeln; Mißtrauen/Argwohn; nachlassendes Interesse an Kontakten zu anderen Personen etc.</p>

Falls bei einem Therapeuten *mehrere Anzeichen* aus der obigen Tabelle über einen bestimmten Zeitraum hinweg auftreten, so kann dies zumindest als mögliches *Warnsignal* für "Burnout" bzw. eine berufliche Überlastung interpretiert werden und den *Ausgangspunkt* für eine gezielte *Bedingungsanalyse* (auf individueller wie auf Systemebene, vgl. unten) darstellen, von der dann weitere Maßnahmen abhängen.

2 MÖGLICHE RISIKOFAKTOREN FÜR BERUFLICHEN STRESS UND "BURN-OUT"

Entsprechend unseren Vorbemerkungen müssen wir bei der Suche nach potentiellen Bedingungsfaktoren ein Netzwerk interagierender Variablen annehmen, die sowohl person- als auch Systemfaktoren betreffen. *Inhaltlich* sind für unser Thema natürlich solche Bereiche interessant, die nach bisherigen therapeutischen Erfahrungen und empirischen Befunden (vgl. z. B. zusammenfassend Burisch, 1989; Enzmann & Kleiber, 1989; Guy, 1987; etc.) überzufällig häufige Belastungsquellen für Therapeuten darstellen. Aus didaktischen Gründen haben wir in der Tabelle 2 sehr grob danach differenziert, ob die relevanten Schwerpunkte mehr "in der Person" des Therapie-

Tabelle 2: Einige potentielle Risikofaktoren für beruflichen Stress und "Burnout"
(Fortsetzung der Tabelle nächste Seite)

P E R S O N
<p>(1) Person des Therapeuten</p> <p>(A) Therapeutische Kompetenzen:</p> <p>(a) unmittelbar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mangelhafte psychologisch-psychotherapeutische Ausbildung im allgemeinen; - fehlende Kompetenzen in speziellen Bereichen; <p>(b) mittelbar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - inadäquate planerische Fähigkeiten; - "chaotischer" Arbeitsstil; - fehlendes Delegieren (z. B. wegen Bedürfnis nach Kontrolle); - inadäquate Zielsetzungsfertigkeiten; etc. <p>(B) Personbedingte Einflußgrößen:</p> <p>Kognitive Ebene:</p> <ul style="list-style-type: none"> - idealistische Erwartungen und hochgesteckte, rigide Ziele ("Helfer-Syndrom", "Weltverbesserer"-Haltung, Utopie der Machbarkeit im sozialen Bereich etc.) - irrationale Überzeugungen (z. B. daß Klienten dankbar seien und die Anstrengungen des Therapeuten zu schätzen wüßten; mit allen Klienten effektiv arbeiten zu können; die Welt für immer von Drogen, Alkohol, Armut oder seelischem Leid befreit zu wollen und dies auch zu können etc.); - unreflektiert übernommene "professionelle Mythen" (Cherniss, 1980: z. B. daß sich Personen im sozialen Bereich rund um die Uhr gegen geringes Entgelt für andere aufopfern müßten etc.); - Informationsverarbeitungs-Verzerrungen (z. B. Übergeneralisierung = von Einzelfällen auf allgemeine Gesetzmäßigkeiten schließen; fehlerhaftes Attributieren von Erfolg und Mißerfolg, d. h. Übertriebene persönliche Mißerfolgstrattributionen); etc. <p>Motivationale Ebene:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bedürfnis nach Kompetenzbestätigung durch die Arbeit (wobei das Selbstwertgefühl ausschließlich vom Arbeitserfolg abhängig gemacht wird); - Überkonzentration auf die Arbeit (nicht nur in der persönlichen Zielhierarchie, sondern auch im alltäglichen Zeitbudget nimmt die Arbeit höchste Priorität ein); - Bedürfnis nach Nähe (u. U. als Ersatz für soziale Beziehungen im Alltag); - Überengagement auf Basis obiger idealistischer Erwartungen; etc. <p>Soziale Dimension:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einzelgängertum/isoliertes Arbeiten; - Vernachlässigung bzw. Fehlen eines sozialen Netzwerks im Alltag; - mangelnde Selbstbehauptung in Institutionen; - Unvermögen, anderen Grenzen zu setzen (bei gleichzeitigem Bedürfnis nach Nähe); etc. <p>Körperlicher Bereich:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kontinuierliche körperliche Überforderung; - Ignorieren körperlicher Überlastungssignale; - fehlende oder gering ausgeprägte Entspannungs- und Genußfähigkeit (incl. körperliche Inaktivität bzw. Vernachlässigung einer "gesundheitsbewußten" Ernährung und Lebensweise); etc.

U M G E B U N G
<p>(2) Person des Klienten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klienten mit Suizidabsichten - schwer depressive Klienten - Klienten mit Zwängen, Süchten und Abhängigkeiten - Klienten aus dem Bereich Strafvollzug - Klienten aus dem Heimbereich - Klienten die unfreiwillig in Therapie gehen (d. h. zur Therapie "verpflichtet" wurden) - Klienten, die evtl. verbal oder körperlich aggressiv werden - Klienten, die störend in das Privatleben von Therapeuten eingreifen etc.
<p>(3) Therapeutischer Kontext/ Rahmen der Therapie</p> <p>(a) unmittelbares Arbeitsumfeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ungünstige Organisationsstruktur - Hürden und Kontrollen durch Bürokratie - unklare Ziele/Aufgaben - fehlende Kriterien für die Beurteilung eigener Effektivität - eingeschränkte persönliche Autonomie - schlechtes Verhältnis zu Vorgesetzten - Überlastung durch hohen quantitativen Arbeitsanfall - schlechtes "Betriebsklima" - fehlende Unterstützung/Austausch/Supervision - Konkurrenzdenken - Status-/Rollenkonflikte in der Organisation - Isolation bei der Arbeit ("Einzelkämpfer-Dasein") - wenig Herausforderung/Anregung durch die Arbeit - unzureichende Hilfsmittel - fehlende Aufstiegsmöglichkeiten - geringe Bezahlung - fehlende Einarbeitungsmöglichkeiten/Einarbeitungszeit für neue Mitarbeiter <p>(b) Auswirkungen gesamtgesellschaftlicher Einflüsse:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zerfall traditioneller Sozialstrukturen - Schwächung persönlicher Bindungen - Überbetonung von Individualität - Wettbewerbsorientierung - gesellschaftliche Hochschätzung von Erwerbsarbeit/Makel der Arbeitslosigkeit - Spezialisierung/Professionalisierung im psychosozialen Bereich - gesellschaftliche Erwartungen an "helfende Berufe" (z. B. Aufopferung gegen geringes Entgelt, "Machbarkeitswahn", soziale Utopien etc.) - Arbeitsmarktsituation für Therapeuten - fehlende religiöse, spirituelle oder ideologische Dimension (die u. U. eine "Puffer"-Funktion gegen beruflichen Stress bieten kann; vgl. Cherniss & Krantz, 1983) etc.

Tabelle 3: Umgang mit akuten Stress-Situationen vs. präventives Vorgehen

AKUTE STRESS-SITUATION	PRÄVENTIVES VORGEHEN
<p>(1) Orientierung in der Situation</p> <p>(2) Konkrete Analyse von Problembedingungen a) individuell-personliche Anteile b) systembezogene Einflüsse (vgl. Kanfer, Reinecker & Schmalzer, 1990)</p> <p>(3) Klären, Analysieren und Festlegen von Alternativen (auch: Entscheidung über "aktives" oder "passives" Coping; AKTIVES COPING: Veränderung der äußeren Situation, PASSIVES COPING: Inneres (kognitives und emotionales) Anpassen an eine Stress-Situation; vgl. Lazarus & Folkman, 1984; Rothbaum, Weisz & Snyder, 1982)</p> <p>(4) Umsetzen zielführender Schritte</p> <p>(5) Effektivitätsbeurteilung</p> <p>(6) ggf. Revision der Schritte 1 - 5</p>	<p>(1) Sensibilisieren für Risikofaktoren und Frühwarnsymptome</p> <p>(2) Planen, Umsetzen und Einüben von Bewältigungsschritten für potentielle Risikosituationen ("Trocken-Training", z. B. in Rollenspielen etc.)</p> <p>(3) In der Folge: kontinuierliche Selbstbeobachtung von Risiko-Anzeichen und frühzeitiger Einsatz gelernter Coping-Strategien</p> <p>(4) Effektivitätsbeurteilung von Prävention: AKUTE Probleme treten nicht auf oder sind nur von kurzer, wenig intensiver Dauer; Verhinderung von chronifizierten Problemen und Konflikten.</p>

ten liegen oder seine "Umgebung" (Klienten bzw. den therapeutischen Kontext/Rahmen der Therapie) betreffen. Selbstverständlich ist im Einzelfall immer nur ein kleiner Teil von Variablen der Tabelle 2 von Bedeutung (wobei im Einzelfall auch noch ganz andere Bedingungen eine Rolle spielen können).

Sobald Therapeuten für sich festgestellt haben, daß für sie die Gefahr von Stress/"Burnout" besteht, sollte eine systematische Suche nach relevanten *Bedingungen* (individuum- wie systembezogen) folgen. Hierfür ist die Zusammenstellung potentieller Risikofaktoren in Tabelle 2 als inhaltliche Hilfestellung gedacht.

3 UMGANG MIT BERUFLICHEM STRESS UND PRÄVENTION VON "BURN-OUT"

In den folgenden Abschnitten beschreiben wir zunächst kurz (3.1) *allgemeine Prinzipien und Prozesse* der Stressbewältigung und "Burnout"-Prävention, um danach (3.2) eine Reihe inhaltlicher Vorschläge speziell für den klinisch-therapeutischen Kontext zu skizzieren.

3.1 Allgemeine Prinzipien und Prozesse der Stressbewältigung und "Burnout"-Prävention

Im Prinzip können sich (angehende) Therapeuten für unsere Zwecke an grundlegenden Schritten des Problemlösens - insbesondere in dynamischen und komplexen Situationen - orientieren (vgl. z. B. Dörner, 1989; Dörner, Kreuzig, Reither und Stäudel, 1983; D'Zurilla & Goldfried, 1971; Kanfer & Busemeyer, 1982 etc.). Diese lassen sich unschwer mit Empfehlungen aus Ansätzen zur transaktionalen Copingforschung verbinden (vgl. z. B. Brüderl, 1988; Lazarus, 1966; Lazarus & Folkman, 1984; Moos, 1988 etc.). In der nachfolgenden Tabelle 3 haben wir die wichtigsten *prinzipiellen Schritte* dargestellt. Dabei sind in der Regel zwei etwas unterschiedliche Vorgehensweisen einzuschlagen, und zwar in Abhängigkeit davon, ob es sich um die Bewältigung einer akuten Stresssituation handelt (= linke Spalte), oder ob eine Prävention von Problemsituationen angestrebt wird (= rechte Spalte der Tabelle 3).

Während die *präventiven* Strategien an fiktiven Situationen (meist in Form von "Trockentrainings") ansetzen müssen, steht in akuten Fällen die jeweilige Realsituation im Zentrum der Analyse. Nach der Sensibilisierung für Anzeichen von Stress/"Burnout" stellt die Bedingungsanalyse (auf individueller wie systembezogener Basis) das Kernstück für die maßgeschneider-

te Planung zielführender Interventionen dar. Dabei sollte besonders auch das jeweilige *Arbeitsumfeld* (z. B. anhand der vier folgenden grundlegenden Dimensionen von Pines, 1986) untersucht werden:

Für die personspezifische Auswahl von Strategien aus den nachfolgenden *inhaltlichen* Anregungen sind daher die prinzipiellen Schritte aus Tabelle 3 sowie die konkrete Analyse des betreffenden Arbeitsumfeldes (vgl. Tabelle 4) unmittelbare Voraussetzung.

3.2 Inhaltliche Vorschläge zum Umgang mit beruflichen Streß und zur Prävention von "Burnout"

Im abschließenden Teil dieses Artikels gehen wir auf eine Vielzahl *inhaltlicher* Vorschläge näher ein.

In der einschlägigen Literatur sind zwar einige (meist kurze) Abschnitte mit einer Reihe von Maßnahmen zu finden; diese lassen jedoch häufig einen direkten klinisch-psychologischen oder gar verhaltenstherapeutischen Bezug vermissen⁴. So kommt in der schon "klassischen" tabellarischen Übersicht von Smith & Nelson (1983, S. 17; vgl. auch Enzmann & Kleiber, 1989, S. 179) - neben nicht unbedingt verkehrten, aber doch etwas blauäugigen Ratschlägen (wie "das Leben mehr mit Humor nehmen") - das gesamte Methodenarsenal der betrieblichen Organisationsentwicklung zum Tragen (z. B. "On-the-job-training"; "Arbeitspausen" etc.). Andere Publikationen haben eher den Anspruch populärwissenschaftlicher Ratgeber für den Alltag (z. B. Bronsberg & Vestlund, 1988).

Wir haben uns daher um eine Zusammenstellung solcher Strategien bemüht, deren Relevanz und Praktikabilität speziell für den Bereich der Verhaltenstherapie-Ausbildung gegeben erscheint. Die präsentierten Anregungen verstehen wir dabei nicht als "ultimative" Liste von Patentrezepten, sondern als Sammlung von Ideen, die Therapeuten auf der Basis ihrer Bedingungsanalyse prüfen müssen, ob sie für die eigene Person und Situation sinnvoll sind. Dabei sollten sie sich die Freiheit nehmen, einzelne Strategien abzuwandeln, zu ergänzen oder so zu adaptieren, daß sie subjektiv "passende" Lösungen darstellen. Aus Darstellungsgründen haben unsere Vorschläge zwei Hauptschwerpunkte, nämlich

- (1) *Veränderung person-interner Faktoren und Kompetenzen* (z. B. eigene Standards und Wertmaßstäbe, Bewältigungsmuster, berufliche und persönliche Fertigkeiten etc.) und

⁴ Aktuelle Ausnahme: Kesler (1990) für den "multimodalen" Ansatz nach A. A. Larazus.

Tabelle 4: Vier grundlegende Dimensionen jedes Arbeitsumfeldes (in Anlehnung an Pines, 1986)

<p>(1) PSYCHOLOGISCHE DIMENSION:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grad an Autonomie - Variabilität - Überlastung - (quantitativ/qualitativ) - subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit - Gelassenheit zu "Selbsterfüllung" und persönlichem "Wachstum" etc. 	<p>(2) PHYSIKALISCHE DIMENSION:</p> <ul style="list-style-type: none"> - architektonische Struktur - Raumbedingungen - Raumausstattung - Vorhandensein technischer und anderer Hilfsmittel - Störeinflüsse (Licht, Lärm etc.) - fixe vs. flexible Faktoren (Änderungsmöglichkeiten?) etc.
<p>(3) SOZIALE DIMENSION:</p> <ul style="list-style-type: none"> - KLIENTEN: Zahl; Art/Schweregrad der Probleme; Beziehungsumfeld? - MITARBEITER: Arbeitsatmosphäre? Team-Arbeit? Time-out/ Pausen möglich? Gegenseitige Unterstützung/ Konkurrenz? Ansporn durch konstruktive Kritik? - VORGESETZTE bzw. SUPERVISOREN: Konstruktive Rückmeldungen? Anerkennung, Unterstützung, Ansporn, Belohnung (vs. destruktive Kritik)? etc. 	<p>(4) ORGANISATORISCHE DIMENSION:</p> <ul style="list-style-type: none"> - BÜROKRATISCHE ASPEKTE: Kommunikationsprobleme durch rigide Strukturen/ Abläufe (z. B. "Dienstweg"; "Papierkram") - EINFLUSS DER VERWALTUNG: Starre Richtlinien und Regeln; politische und ideologische Einflüsse; Verordnungen "von oben" - EIGENE ROLLE IN DER ORGANISATION: Rollenkonflikte durch unterschiedliche Erwartungen; Ambiguität und fehlende Klarheit über Aufgaben und Kompetenzbereiche; Status- probleme (Aufstiegschancen? Sicherheit des Arbeitsplatzes?) etc.

(2) *Veränderung von Umgebungsbedingungen* (systembedingte Einflüsse wie z. B. institutionale/organisationsbedingte Faktoren, therapeutisches "Setting", gesellschaftliche Bedingungen etc.).

Dabei verdient der Aspekt Erwähnung, daß sowohl individuumszentrierte Strategien das "System" verändern können wie umgekehrt jede systembezogene Intervention auch Rückwirkungen auf die beteiligten Personen hat. Therapeuten können somit durchaus als "Spaltpilze" für das Gesamtsystem fungieren (ohne allerdings die Utopie grenzenloser Möglichkeiten in Richtung "Systemveränderung" zu verfolgen). Diese Prämisse ist zu berücksichtigen, wenn wir - adressiert an (angehende) Therapeuten - nachfolgend unsere Strategien darstellen.

3.2.1 Veränderung person-interner Faktoren und Kompetenzen: Individuumszentrierte Strategien

(1) Sensibilisieren für Anzeichen von beruflichem Streß bzw. "Burnout":

Da das Endstadium von "Burnout" u. a. dadurch erreicht wird, daß Therapeuten über lange Zeit Frühwarnsignale (z. B. physiologisch-körperlicher Art) ignorieren, ist es wichtig, als Therapeut kontinuierlich auf solche Anzeichen und Risikofaktoren zu achten, die wir in Tabelle 1 und Tabelle 2 (vgl. oben) skizziert haben. Dazu gehört auch, sich überhaupt mit Streß und "Burnout" näher zu beschäftigen, und zwar nicht nur theoretisch, sondern auch hinsichtlich ganz *persönlicher Erfahrungen* mit diesen Phänomenen. Für eine effektive Problembewältigung ist die rechtzeitige Identifikation von Warnsignalen (frühe Phasen!) immer der erste Schritt.

(2) Persönliches Streß-Management:

Entsprechend der obigen Bemerkungen beginnt dies zunächst mit dem Erkennen relevanter Streßquellen, um - auf der Basis einer Bedingungsanalyse - gezielte Bewältigungsschritte einleiten zu können (vgl. auch Forman & Cecil, 1985; Kessler, 1985; Meichenbaum, 1985). In den meisten Fällen empfiehlt es sich, die eingeschlagenen Bewältigungsstrategien mit bestimmten *Entspannungsmethoden* zu kombinieren, und zwar in solchen Varianten, die der jeweiligen Person optimal entsprechen (vgl. Smith, 1985).

Neben dem Bewältigen *spezifischer* Streßelemente ist auch ein *allgemeines Streß-Management* der Berufssituation von Bedeutung. Dazu gehört, periodisch auftretende Belastungsphasen auf ein erträgliches Maß zu reduzieren und eine *aktive* Rolle beim Umgang mit "Stressoren" aus der Umgebung einzunehmen. Dies umfaßt z. B., "unangenehme" Fälle zu kontingieren, bei den Terminvereinbarungen "schwere" mit "leichteren" Fällen abzuwechseln, "nein" sagen zu lernen und die Arbeitszeit so aufzuteilen, daß möglichst viel Variabilität herrscht (Beratung/Therapie im Wechsel mit Diagnostik, Supervision, Besprechungen, Gremienarbeit, Forschung / Lehre, eigene Publikationen etc., vgl. Guy, 1987, S. 267 f.).

(3) Klären eigener Motive für die Berufsausübung:

Durch Selbsterfahrung/Selbstreflexion während der Ausbildung sowie durch Supervision während der späteren Berufstätigkeit sollten Therapeuten u. E. wichtige persönliche Ziel- und Wertvorstellungen klären und sich u. a. mit den *Motiven für die eigene Berufstätigkeit* beschäftigen (vgl. Kanfer et al., 1990; Schmelzer, im Druck). Dadurch werden "dysfunktionale" Ziele/Einstellungen, eigene "blinde Flecken" und solche Motive deutlich, die sich nicht nur für Klienten, sondern auch für die eigene Person negativ auswirken (z. B. "Helfer-Syndrom", "Überengagement", Ausüben von "Macht und Kontrolle", "missionarische Tendenzen" etc.).

(4) Realistische Standards setzen:

Da viele Streß- und "Burnout"-Phänomene u. a. auf utopische Zielvorstellungen von Therapeuten zurückzuführen sind, besteht ein wesentlicher Schritt darin, die Ansprüche an sich selbst auf ein realistisches Maß zurückzuschrauben. Dies ist umso schwerer, weil auch die Gesellschaft (genauso wie mancher Klient) häufig übersteigerte Erwartungen an unseren Berufsstand hat. In Eigenarbeit, Supervision und Selbstreflexions-Workshops können Therapeuten lernen, eigene "irrationale" Haltungen zu erkennen und zu korrigieren (z. B. Einstellungen wie "Ich muß jederzeit jedem Klienten helfen können", "Ich muß in jedem Bereich meiner Tätigkeit immer perfekt sein" etc.; vgl. auch Janzen & Myers, 1981). Dazu gehört auch, therapeutische Erfolge und Mißerfolge "richtig" zu attribuieren, Mißerfolge zu tolerieren und die Grenzen eigener Einflußmöglichkeiten zu akzeptieren.

(5) Realitätsorientiertes Handeln ermöglichen:

Neben realistischen Standards (vgl. oben) ist ein realitätsgerechtes Arbeiten auf der *Handlungsebene* entscheidend. Angesichts der Klagen mancher Therapeuten über mangelhaftes Erkennen der Wirkungen eigenen Tuns ist ein "datennahes" (weitgehend interpretationsfreies) Beobachten wichtig. Dazu müssen - auf der Basis von Hypothesen - konkrete Kriterien gebildet werden, anhand derer der erwartungsgemäße/erwartungswidrige Verlauf zu beurteilen ist. Das gezielte Registrieren *kleiner* Fortschritte (immer gemessen am jeweiligen Stand zu *Beginn einer Therapie*) ist für viele angehende Therapeuten eine "Kunst", die sie erst erlernen müssen. Umgekehrt sollten die tatsächlichen Handlungsergebnisse auch zu (jetzt "realistischeren") Standards beitragen.

(6) Realistische therapeutische Beziehung schaffen:

Ein wesentlicher Aspekt der Realitätsorientierung für "Burnout"-gefährdete Therapeuten betrifft die besondere Art der therapeutischen Beziehung. Statt der Übernahme einer übertriebenen Helferrolle bis hin zur "Selbstaufopferung" gilt es, eine Haltung der "distanzierten Anteilnahme" ("detached concern": Maslach, 1982) zu entwickeln, um therapeutisch effektiv zu bleiben. Neuere verhaltenstherapeutisch orientierte Veröffentlichungen widmen sich verstärkt diesem Thema (z. B. Kanfer et al., 1990; Zimmer, 1983) und geben Hinweise darauf, wie eine solche Art der Thera-

peut-Klient-Beziehung während der Ausbildung vermittelt bzw. erlernt werden kann.

(7) Ausgleich schaffen/Stellenwert der eigenen Berufstätigkeit relativieren bzw. reduzieren:

Immer dann, wenn für eine Person der "Sinn" ihres Lebens ausschließlich von *einem* bestimmten Lebensbereich abhängt, steht sie in Gefahr, daß ihre gesamte Existenz zerbricht, sobald dort Mißerfolge auftreten. Daher ist das Schaffen von Gegengewichten, Alternativen und Ausgleichsmöglichkeiten gerade für Therapeuten von existentieller Bedeutung. Würde man die persönlich bedeutsamen Lebensbereiche eines Therapeuten in Form eines "Lebenskuchens" symbolisieren, so sollte dieser zumindest *mehrere* Stücke enthalten.

(8) Professionelle Stützsysteme/"kollegiales Netzwerk" nutzen:

Da isoliert arbeitende Therapeuten von beruflichem Streß und "Burnout" besonders gefährdet sind, sollte jede Gelegenheit genutzt werden, um vom Netzwerk der Kollegen zu profitieren. Die Einbettung in ein gut funktionierendes Team sowie kollegiale Unterstützung *außerhalb* des unmittelbaren Arbeitsumfelds (z. B. in Ausbildungs-Supervisionsgruppen, Arbeitsgemeinschaften etc.) haben somit große prophylaktische Bedeutung. Dabei geht es vor allem um gegenseitige Rückmeldung, um einen informellen Informationsaustausch, um Ratschläge und Unterstützung, um das gemeinsame Erkennen persönlicher Stärken und Schwächen, von Grenzen des Berufsstands sowie das Erleben von gemeinsamer Betroffenheit (vgl. auch Guy, 1987, S.267).

(9) Nutzung des alltäglichen sozialen Netzwerks:

Soziale Netzwerke erfüllen eine wichtige Funktion bei der Aufrechterhaltung psychischer und physischer Gesundheit (vgl. z. B. Baumann, 1987; Keupp & Röhrle, 1987; Schwarzer & Leppin, 1988 etc.) und wirken als "Puffer" gegen viele Formen von Streß. Neben der Bedeutung eines positiven unmittelbaren Lebensumfelds (z. B. in Partnerschaft, Familie oder Lebensgemeinschaft) hebt Guy (1987, S. 144) für Therapeuten die Relevanz von interpersonalen Beziehungen im *nichtpsychologischen* Bereich hervor. Ein Kreis von Freunden und Bekannten *außerhalb* der "Psychoszene" kann dabei helfen, kollektive berufsbedingte Verzerrungen der eigenen Perspektive auszugleichen und in Kontakt mit der "Welt" zu bleiben, in der die Menschen leben, mit denen wir es in der Therapie schließlich zu tun haben.

(10) Systematisches Training in Selbstmanagement, Problemlösen und Entscheiden:

"Selbstmanagement" ist die Sammelbezeichnung für solche Prozesse und Fähigkeiten, mit deren Hilfe Menschen ihr Leben in Einklang mit ihren persönlichen Zielen selbst gestalten (vgl. z. B. Kanfer & Gaelick, 1986; Kanfer et al., 1990). Auf unser Thema bezogen heißt dies u. a., daß Therapeuten lernen, ein eventuelles Ungleichgewicht von Arbeitsanforderungen und persönlichen Ressourcen/Kompetenzen

selbst zu regulieren. In solchen Fällen sind Fähigkeiten des *Problemlösens* (vgl. z. B. D'Zurilla & Goldfried, 1971), besonders in ihren dynamischen und komplexen Aspekten (vgl. z. B. Dörner, 1989; Kanfer & Busemeyer, 1982) erforderlich. Dazu gehören auch Hilfen vor, während und nach persönlich bedeutsamen *Entscheidungen* (vgl. z. B. Janis & Mann, 1977; Wheeler & Janis, 1980). Günstigerweise sollten solche Prozesse schon während der Therapieausbildung vermittelt werden.

(11) Erweiterung der beruflichen Kompetenzen:

Falls beruflicher Streß auf mangelnde berufliche Kompetenzen zurückzuführen ist, sollte an den Erwerb der entsprechenden Fähigkeiten herangegangen werden (vgl. auch Rosenfield, 1985). Eine fundierte Ausbildung ist immer die erste und somit wesentlichste Präventionsmaßnahme. Das *Erweitern* des eigenen Interessens- und Verhaltensspielraums eröffnet darüberhinaus auch Möglichkeiten zu mehr Variabilität im Berufsleben. Lebenslange Weiterbildung und eigene persönliche und berufliche Weiterentwicklung sind daher für Therapeuten unabdingbar (vgl. auch Kanfer et al., 1990).

(12) Verbesserung der eigenen Arbeitsorganisation:

Bei der Organisation der Arbeitsabläufe können oft schon kleine Schritte zur Reduktion immer wiederkehrender Streßquellen dienen. Das Festlegen von Prioritäten, das explizite Setzen von Zielen, Teil- und Zwischenzielen hilft, den Überblick über die eigene Arbeit zu bewahren. Ein adäquates "Zeit-Management" (z. B. Lakein, 1973/dt.1974; Seiwert, 1987) kann die zur Verfügung stehende Zeit optimal mit den wichtigen eigenen Vorhaben in Einklang bringen. Dazu gehört u.a. auch, sich gegen bürokratische Zwänge zur Wehr zu setzen, nicht zuviel Verantwortung zu übernehmen und "nein" sagen zu können zu Forderungen, die fachlich nicht vertretbar sind.

(13) Aktives Bemühen um die eigene physische und psychische Gesundheit:

Im psychosozialen Bereich tätige Personen setzen häufig all ihre Energien ein, um die psychische und physische Gesundheit *ihrer Klienten* zu fördern und vernachlässigen dabei stark die *eigene* Befindlichkeit. Dies ist in besonders extremer Form von Ärzten bekannt (vgl. z. B. Coombs & Fawzy, 1986; Kosch, 1986 etc.). Gerade für psychosoziale Helfer ist es wesentlich, auf die eigene Gesundheit zu achten, regelmäßige Entspannung zu praktizieren, Hobbies und Freizeitaktivitäten unabhängig vom Thema Psychotherapie zu genießen, um auf diese Weise den "eigenen Akku" wieder aufzuladen. Auch können *generell effektive* therapeutische Maßnahmen für die eigene Person genutzt werden (z. B. Autogenes Training, Entspannungsverfahren, Meditation etc.). Außerdem scheint für "psychische Gesundheit" auch die sogenannte "spirituelle Dimension" hilfreich zu sein, d. h. die gedankliche Verwurzelung in einer - wie auch immer gearteten Form von - Ideologie, Religion oder Lebensphilosophie (vgl. Cherniss & Krantz, 1983).

(14) Außerberufliche Probleme bewältigen:

Da sich der berufliche Bereich eines Therapeuten sowieso nur künstlich vom "privaten" Leben trennen läßt, ist es klar, daß sich z. B. außerberufliche Probleme auch auf das Berufsleben auswirken. Therapeuten sind weder gefeit gegen unvorhersehbare Schicksalsschläge (z. B. Verlust/Tod von Bezugspersonen etc.) noch in Phasen eigener emotionaler Krisen immer zu adäquaten Lösungen fähig. Wir halten es aber - auch aus Gründen der ethischen Verantwortung für Klienten - für eine Pflicht von Therapeuten, sich um eine aktive Bewältigung eigener Probleme zu bemühen oder zumindest so damit umzugehen, daß nicht die Klienten darunter leiden müssen (z. B. bestimmte Problematiken/Klienten weiterverweisen). Im Fall *chronischer* Beeinträchtigungen kann eine persönliche Therapie angezeigt sein.

(15) Eigene Stärken und Ressourcen nutzen:

Die Bedeutung *positiver* Qualitäten des Therapeuten steht - neben allen Bemühungen um das Geringhalten von Schwächen - außer Frage. So kann das bewußte Registrieren eigener Stärken u. a. ein Gegengewicht schaffen zu einem sehr negativen beruflichen Selbstbild. Persönliche Hobbies (z. B. Gärtnern, Fotografieren/Filmen, Basteln/Töpfern etc.), bestimmte Talente (z. B. künstlerische, musikalische, sportliche oder handwerkliche Neigungen) oder zwischenmenschliche Fähigkeiten (z. B. "andere überzeugen", "gut zwischen Kontrahenten vermitteln können" etc.) werden gerade von angehenden Therapeuten oft vernachlässigt. Daher besteht *eine* wichtige Aufgabe der Therapieausbildung und Supervision darin, persönliche Stärken zu erkennen und zu "kultivieren" (vgl. auch Rosenfield, 1985) sowie manche Ressourcen als Mittel zu therapeutischen Zwecken einsetzen zu lernen.

(16) Wechsel des Arbeitsplatzes:

Schließlich kann ein Grund für "Burnout" darin zu suchen sein, daß eine Person nicht den für sie geeigneten Arbeitsplatz gefunden hat. Falls Therapeuten somit alle Möglichkeiten ausgeschöpft und sich zudem auch um eine Veränderung des unmittelbaren Arbeitsumfelds (siehe unten) bemüht haben, *ohne* daß sich Verbesserungen zum Positiven einstellen, wäre als letzte Möglichkeit an einen Arbeitsplatzwechsel oder gar an einen kompletten beruflichen Ausstieg zu denken. Eine Entscheidung von solcher Tragweite sollte jedoch nicht aus einer spontanen Laune heraus, sondern erst nach sorgfältiger Überlegung aller Vor- und Nachteile - am besten mit Unterstützung von Vertrauenspersonen - gefällt werden.

All diese *individuumszentrierten* Vorschläge sollten nicht in der Weise mißverstanden werden, als wäre Streß/"Burnout" ausschließlich im Individuum begründet (oder gar eine Art "Persönlichkeitsstörung"). Wenn sich unsere Strategien primär an die Person von Therapeuten wenden, so bauen wir darauf, daß diese - als "Betroffene" bzw. als Adressaten dieses Beitrags - *aus ihrer Situation heraus* auf hinderliche Faktoren und Prozesse aktiv Einfluß nehmen (soweit es in ihrer Macht steht). Da auch "Systeme" immer

aus Personen bestehen, gilt diese Hoffnung genauso für die nachfolgenden *systembezogenen* Strategien.

3.2.2 Veränderung von Umgebungsbedingungen: Systembezogene Bewältigungs- und Präventionsstrategien

(1) Organisation/"System" sensibilisieren:

Der erste Schritt besteht auch hier darin, die Personen einer Organisation (besonders die Verantwortlichen) für Streß-"Burnout"-Phänomene zu sensibilisieren. Wie Freudenberg (1975) beschrieben hat, können von "Burnout" ganze Gruppen und Teams befallen werden. Verantwortliche sollten daher hellhörig werden, wenn ihre Mitarbeiter häufig wechseln, wenn ein hoher Krankenstand zu verzeichnen ist, oder wenn sich Beschwerden über mürrische, zynische und teilnahmslose Beschäftigte häufen. Umgekehrt sollten idealerweise alle Verantwortlichen ein hohes Interesse am emotionalen Wohlergehen ihrer Mitarbeiter besitzen und entsprechende zielführende Maßnahmen einleiten/genehmigen/finanzieren (z. B. Weiterqualifikation, regelmäßige Supervision, angemessene Einarbeitungszeit, Rotation innerhalb verschiedener Aufgabenfelder, Reduzieren unrealistischer Ansprüche und dgl.). Leider kommen solche Regelungen häufig erst durch "Druck von der Basis" zustande...

(2) Veränderung der unmittelbaren Arbeitsumgebung ("Setting"):

Solche Veränderungen lassen sich direkt in Anlehnung an die Analyse der Dimensionen jedes Arbeitsumfelds nach Pines (1986) planen (vgl. Tabelle 4). Neben den dort erwähnten Gesichtspunkten sind für den therapeutischen Bereich auch Maßnahmen zur Verbesserung der sozialen Arbeitsbeziehungen (vgl. z. B. Zins, 1985), Weiterbildung und Supervision von besonderer Bedeutung; ebenso Aspekte wie Flexibilisierung der Arbeitszeit, mehr Personal, bessere Ausbildung, angemessene Bezahlung, Umstrukturieren von Verwaltungsabläufen, Gewähren von Privilegien für bestimmte Leistungen etc. Für das Erkennen relevanter Änderungsschwerpunkte können Organisations- /Institutionsberatung bzw. Teamsupervision sehr hilfreich sein (vgl. z.B. Buchinger, 1988; Weigand, 1990 etc.).

(3) Die Beschäftigung mit beruflichem Streß und "Burnout" institutionalisieren:

Angesichts der Bedeutsamkeit unseres Themas sollten Therapeuten im Rahmen von Berufsverbänden, Ausbildungsorganisationen sowie an ihrem Arbeitsplatz danach streben, die Beschäftigung mit beruflichem Streß und "Burnout" zu einer festen Einrichtung werden zu lassen (z. B. im Rahmen von Ausbildungsordnungen, Weiterbildungen und Supervision). Eine frühzeitige Auseinandersetzung von Ausbildungskandidaten mit diesen Themen kann auch helfen, den sogenannten "Praxischock" von Berufsanfängern zu verringern (vgl. z. B. Künzel & Schulte, 1986). Workshops zu den Themen "Gesundheitsförderung" und "self-care" (z. B. in Anleh-

nung an die Vorschläge im Sammelband von Scott & Hawk, 1986) könnten zu standardisierten Angeboten für Therapeuten werden.

(4) Fehlerwartungen der Gesellschaft und Öffentlichkeit korrigieren:

Viele "Burnout"-Phänomene lassen sich darauf zurückführen, daß Therapeuten versuchen, unrealistischen Erwartungen der Öffentlichkeit zu entsprechen (z. B. sogenannten professionellen "Mythen" (Cherniss, 1980) wie: Helfer müßten immer "wirklich *echt*" sein; Therapeuten kämen mit allen Klienten und allen Problemstellungen gut zurecht; Klienten seien dankbar oder kooperativ; Mitarbeiter wären immer kollegial; Therapeuten als "Zauberer" oder "letzte Rettung" etc.). Andere Fehlerwartungen haben mit übertriebener Technologiegläubigkeit⁵ oder einem auf Psychotherapie übertragenen "Machbarkeitswahn" zu tun oder damit, daß verlangt wird, für wenig Geld rund um die Uhr für andere da zu sein. Wir halten es daher für sinnvoll, bei gegebenem Anlaß gesellschaftliche Fehlerwartungen zurechtzurücken, die Öffentlichkeit über die realistischen Möglichkeiten und Grenzen unserer Arbeit aufzuklären und keine Aufträge zu akzeptieren, die de facto unlösbar sind.

(5) (Selbst-)Kritische Analyse des psychosozialen Versorgungssystems:

Jede therapeutische Tätigkeit ist eingebettet in ein Netz von größeren Zusammenhängen, d. h. in das psychosoziale "Makrosystem" (Baumann, 1984). Der Therapeut sollte von Zeit zu Zeit die eigene Funktion in diesem System reflektieren und - falls nötig - auf kollektiver Ebene modifizieren (besonders wenn er entdeckt, daß er durch seine Arbeit zu einer langfristigen Stabilisierung von Mißständen beiträgt). Umgekehrt wirken sich soziale, politische und ökonomische Faktoren genauso auf das psychosoziale Versorgungssystem und die darin "verstrickten" Helfer aus wie Veränderungen des Wissenschaftsverständnisses (Stichwort: "Grenzen der Machbarkeit"). Die Notwendigkeit einer kritischen Analyse solcher Einflüsse kann hier nur angedeutet werden (vgl. dazu aber z. B. Bergold, Faltermaier, Jaeggi, Kleiber, Kraus, Rerrich & Stark, 1987; Kleiber & Rommelspacher, 1986; etc.).

(6) Erlernen von Handlungskompetenzen für den Umgang mit eigendynamischen Systemen:

Dörner (1989) hat eine Reihe typischer Fehler beim Umgang mit komplexen Systemen beschrieben. So werden z. B. häufig Neben- und Fernwirkungen ignoriert, falsche Schwerpunkte gewählt, isolierte Ausschnitte ohne Berücksichtigung des Gesamtsystems bearbeitet, Eingriffe falsch dosiert u. v. m. Ein grundsätzliches "Verständnis" der Eigengesetzlichkeit dynamischer Systeme (evtl. mit Planspielen, Umgang mit computersimulierten Szenarien etc.) ist auch für Therapeuten empfeh-

⁵ Daran sind sicher einige Proponenten der "frühen" Verhaltenstherapie nicht ganz schuldlos ...

lenswert, weil sich Therapie gleichfalls als Arbeit mit eigendynamischen/komplexen Systemen auffassen läßt (vgl. z. B. Kaimer, 1986). Erste Forschungen zur "Trainierbarkeit" von Menschen im Umgang mit komplexen Systemen brachten allerdings eher ermüthende Resultate (vgl. z. B. Dörner et al., 1983).

(7) Reduzieren kollektiver Mißstände:

Wenn "Burnout" in bestimmten Fällen schwerpunktmäßig mit mißlichen gesellschaftlichen oder Organisationsbedingungen zusammenhängt, sollten natürlich (statt individueller Lösungen) die relevanten Umgebungsbedingungen verändert werden. Indikationen dafür zeigen sich z. B. daran, daß auf bestimmten Arbeitsplätzen sehr schnell eine Vielzahl von Mitarbeitern "verschlissen" wird, bzw. daß sich bestimmte negative Arbeitsbedingungen auf ganze Gruppen von Personen bis hin zu ganzen Berufssparten auswirken. Besonders im letzten Fall kollektiver Mißstände sind entsprechende *kollektive Bewältigungsmaßnahmen* erforderlich (vgl. auch Shinn, Rosario, Morch & Chestnut, 1984). Falls die Probleme größere Dimensionen annehmen (wie z. B. in letzter Zeit aktuell im Beispiel "Pflegenotstand" in Krankenhäusern oder Altenheimen), so sind wohl "konzertierte" politische Aktionen notwendig. Denn nicht immer sind die Verantwortlichen so sensibel (oder überhaupt motiviert), sich von selbst um die Schaffung zumutbarer Arbeitsbedingungen zu kümmern.

Wir möchten abschließend nochmals betonen, daß die präsentierten Vorschläge nur eine selektive *Auswahl* von Möglichkeiten darstellen können. Sie setzen immer eine genaue Analyse der (individuellen wie systembezogenen) Bedingungen voraus und sind nur dann hilfreich, wenn sie der Situation des Einzelfalls gerecht werden. Mit unserem Artikel können wir außerdem nur die *kognitive* Dimension der Beschäftigung mit dem Thema behandeln. Wir wissen, daß sich eine effektive *Umsetzung* von Veränderungsmaßnahmen - ähnlich wie bei einer Therapie - auf der *Handlungsebene* vollziehen muß. Organisationsformen für den praktischen Erwerb solcher Bewältigungs- und Präventionsstrategien könnten u. a. sein: Kollegiale Gruppen, "Selbstmodifikationsversuche" während der Therapieausbildung, entsprechende Workshops, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen sowie besonders *Supervision*. Dabei erscheint bereits die Tatsache, daß ein gefährdeter Therapeut irgendwo Hilfe sucht, als der wesentliche Schritt.

Eine effiziente Therapieausbildung, in der die Beschäftigung mit beruflichem Streß und "Burnout" einen integralen Bestandteil darstellt, ist insgesamt wohl eine der besten Präventionsmöglichkeiten. Bei *schweren* Formen von "Burnout" mit deutlicher Minderung der beruflichen und persönlichen Leistungsfähigkeit ist letztlich auch an eine Eigentherapie zu denken. Eine *Therapie* von "Burnout"-Personen, die selbst im psychosozialen Bereich ar-

beiten, ist jedoch kein leichtes Unterfangen, denn eine solche Person "...will need to relearn how to relax, have fun, laugh, enjoy, take vacations - often a very difficult thought für the impaired professional to accept" (Freudenberger, 1986, S. 192). Deshalb sollen die hier präsentierten Strategien schon während der Ausbildung, Weiterbildung und Supervision dazu beitragen, daß Therapeuten das Endstadium von "Burnout" erst gar nicht in voller Ausprägung erleben, sondern daß für sie ihr Beruf (wieder) das ist, was er sein kann: eine herausfordernde, interessante, kreative Tätigkeit, die ihnen - trotz emotionaler, kognitiver und zeitlicher Belastung - viel persönliche Erfüllung bieten kann.

LITERATUR

- Ackerley, G. D., Burnell, J., Holder, D. C. & Kurdek, L. A. (1988). Burnout among licensed psychologists. *Professional Psychology: Research & Practice*, 19, 624 - 631.
- Aronson, E., Pines, A. M. & Kafry, D. (1983). *Ausgebrannt - Vom Überdruß zur Selbstentfaltung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Baumann, U. (Hrsg.). (1984). *Psychotherapie: Makro-/Mikroperspektive*. Göttingen: Verlag für Psychologie Dr. C. J. Hogrefe.
- Baumann, U. (Hrsg.). (1987). Soziales Netzwerk - Soziale Unterstützung (Themenheft) *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 16, 305 - 443.
- Bergold, J., Faltermaier, T., Jaeggi, E., Kleiber, D., Kraus, W., Rerrich, D. & Stark, W. (Hrsg.). (1987). *Veränderter Alltag und Klinische Psychologie*. Tübingen: DGVT.
- Bronsberg, B. & Vestlund, N. (1988). *Ausgebrannt. Die egoistische Aufopferung*. München: Heyne.
- Brüderl, L. (Hrsg.). (1988). *Theorien und Methoden der Bewältigungsforschung*. Weinheim: Juventa.
- Buchinger, K. (1988). Der systemische Ansatz in der Beratung von Institutionen des Gesundheitswesens. In L. Reiter, E. J. Brunner & S. Reiter-Theil (Hrsg.); *Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive* (S. 159 - 171). Berlin: Springer.
- Burisch, M. (1989). *Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung*. Berlin: Springer.
- Cherniss, C. (1980). *Staff burnout. Job stress in the human services*. Beverly Hills (CA): Sage.
- Cherniss, C. & Krantz, D. L. (1983). The ideological community as an antidote to burnout in the human services. In B. A. Farber (Ed.); *Stress and burnout in the human service professions* (S. 198 - 212). New York: Pergamon.

- Coombs, R. H. & Fawzy, F. I. (1986). The impaired-physician syndrome: A developmental perspective. In C. D. Scott & J. Hawk (Eds.); *Heal thyself. The health of health care professionals* (S. 44 - 55). New York: Brunner/Mazel.
- Dörner, D. (1989). *Die Logik des Mißlingens*. Reinbek: Rowohlt.
- Dörner, D., Kreuzig, H. W., Reither, F. & Stäudel, T. (Hrsg.). (1983). *Lohhausen: Vom Umgang mit Unbestimmtheit und Komplexität*. Bern: Huber.
- D'Zurilla T. J. & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107 - 126.
- Edelwich, J. & Brodsky, A. (1984). *Ausgebrannt - das "Burn-Out"-Syndrom in den Sozialberufen*. Salzburg: AVM.
- Enzmann, D. & Kleiber, D. (1989). *Helfer-Leiden. Stress und Burnout in psychosozialen Berufen*. Heidelberg: Asanger.
- Farber, B. A. (Ed.). (1983). *Stress and burnout in the human service professions*. New York: Pergamon.
- Farber, B. A. (in press). *Burnout in psychotherapists: Incidence, types, and trends. Psychotherapy in Private Practice*. (Paper presented at the annual APA convention in Atlanta (GA), August 1988.
- Forman, S. G. & Cecil, M. A. (1985). Stress management. In C. A. Maher (Ed.); *Professional self-management. Techniques for special service providers* (S. 45 - 63). Baltimore: Brookes.
- Freudenberger, H. J. (1975). The staff burn-out syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 12, 73 - 82.
- Freudenberger, H. J. (1986). The health professional in treatment: Symptoms, dynamics, and treatment issues. In C. D. Scott & J. Hawk (Eds.), *Heal thyself. The health of health care professionals* (S. 185 - 193). New York: Brunner/Mazel.
- Guy, J. D. (1987). *The personal life of the psychotherapist*. New York: Wiley.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources. A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44, 513 - 524.
- Janis, I. L. & Mann, L. (1977). *Decision making. A psychological analysis of conflict, choice and commitment*. New York: The Free Press.
- Janzen, W. B. & Myers, D. V. (1981). Assertion for therapists: A professional bill of rights. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 18, 291 - 298.
- Jerusalem, M. (1990). *Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Streßerleben*. Göttingen: Verlag für Psychologie Dr. C. J. Hogrefe.
- Kaimer, P. (1986). Therapie in komplexen Systemen. *Verhaltensmodifikation*, 7, 213 - 234.

- Kanfer, F. H. & Busemeyer, J. R. (1982). The use of problem solving and decision making in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 2, 239 - 266.
- Kanfer, F. H. & Gaelick, L. (1986). Self-management methods. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.); *Helping people change (3rd ed., S. 283 - 345)*. New York: Pergamon.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1990). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. Berlin: Springer.
- Kesler, K. D. (1990). Burnout: A multimodal approach to assessment and resolution. *Elementary School Guidance & Counseling*, 24, 303 - 311.
- Kessler, A. (1985). *Der erfolgreiche Umgang mit täglichen Belastungen. Streßbewältigungsprogramm A*. München: Röttger.
- Keupp, H. & Röhrle, B. (Hrsg.). (1987). *Soziale Netzwerke*. Frankfurt/M.: Campus.
- Kilburg, R. R., Nathan, P. E. & Thoreson, R. W. (Eds.). (1986). *Professionals in distress: Issues, syndromes, and solutions in psychology*. New York: American Psychological Association.
- Kleiber, D. & Enzmann, D. (1990). *Burnout. 15 Jahre Forschung: Eine internationale Bibliographie*. Bern: Huber.
- Kleiber, D. & Rommelspacher, B. (Hrsg.). (1986). *Die Zukunft des Helfens. Neue Wege und Aufgaben psychosozialer Praxis*. Weinheim: Beltz.
- Kosch, S. G. (1986). Physicians, stress, and family life: A systemic view. In C. D. Scott & J. Hawk (Eds.); *Heal thyself. The health of health care professionals (S. 110 - 133)*. New York: Brunner/Mazel.
- Künzel, R. & Schulte, D. (1986). "Burn-out" und Praxisschock Klinischer Psychologen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 15, 303 - 320.
- Lakein, A. (1973). *How to get control of your time and your life*. New York: Wyden (deutsch 1974: Lakeins Zeitsystem. Hamburg: Hoffmann & Campe).
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. & Launier, R. (1981). Streßbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In J. R. Nitsch (Hrsg.); *Streß (S. 213 - 259)*. Bern: Huber.
- Maslach, C. (1982). *Burnout - the cost of caring*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall.
- Meichenbaum, D. (1985). *Streß bewältigen!* München: Ehrenwirth.
- Moos, R. H. (1988). Coping: Konzepte und Meßverfahren. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 34, 207 - 225.
- Nitsch, J. R. (Hrsg.). (1981). *Streß*. Bern: Huber.
- Nuber, U. (1987). Innere Kündigung: Sollen doch mal andere ran! *Psychologie heute*, 14 (Oktober), 20 - 26.
- Pines, A. M. (1986). Who is to blame for helpers' burnout? Environmental impact. In C. D. Scott & J. Hawk (Eds.); *Heal thyself. The health of health care professionals (S. 19 - 43)*. New York: Brunner/Mazel.
- Rosenfield, S. (1985). Professional development management. In C. A. Maher (Ed.); *Professional self-management. Techniques for special service providers (S. 85 - 104)*. Baltimore: Brookes.
- Rothbaum, F., Weisz, J. R. & Snyder, S. S. (1982). Changing the world and changing the self: A two process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 5 - 37.
- Schmelzer, D. (im Druck). Zur Bedeutung von "Selbsterfahrung", "Selbstreflexion" und "Selbstmodifikation" in der Ausbildung von Verhaltenstherapeuten. In H. Petzold & R. Frühmann (Hrsg.); *Lehranalyse - Struktur, Dynamik, Probleme*. Paderborn: Junfermann.
- Schmidbauer, W. (1977). *Die hilflosen Helfer*. Reinbek: Rowohlt.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1988). *Sozialer Rückhalt und Gesundheit: Eine Meta-Analyse*. Göttingen: Verlag für Psychologie Dr. C. J. Hogrefe.
- Scott, C. D. & Hawk, J. (Eds.). (1986). *Heal thyself. The health of health care professionals*. New York: Brunner/Mazel.
- Seiwert, L. (1987). *Das 1 x 1 des Zeitmanagement*. Speyer: Gabal.
- Selye, H. (1988). *Stress. Bewältigung und Lebensgewinn*. München: Piper (Erstausgabe 1974).
- Shinn, M., Rosario, M., Morch, H. & Chestnut, D. E. (1984). Coping with job stress and burnout in the human services. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 864 - 876.
- Smith, J. C. (1985). *Relaxation dynamics: Nine world approaches to self-relaxation*. Champaign (IL): Research Press.
- Smith, N. M. & Nelson, W. C. (1983). Helping may be harmful: The implications of burnout for the special librarian. *Special Libraries*, 74, 14 - 19.
- Thoreson, R. W., Miller, M. & Kräuskopf, C. J. (1989). The distressed psychologist: Prevalence and treatment considerations. *Professional Psychology: Research & Practice*, 20, 153 - 158.
- Weigand, W. (1990). Interventionen in Organisationen: Ein Grenzgang zwischen Teamsupervision und Organisationsberatung. In H. Pühl (Hrsg.); *Handbuch der Supervision. Beratung und Reflexion in Ausbildung, Beruf und Organisation (S. 175 - 193)*. Berlin: Edition Marhold.

Wheeler, D. D. & Janis, I. L. (1980). *A practical guide for making decisions*. New York: The Free Press.

Zimmer, D. (Hrsg.).(1983). *Die therapeutische Beziehung. Konzepte, empirische Befunde und Prinzipien ihrer Gestaltung*. Weinheim: edition psychologie.

Zins, J. E. (1985). Work relations management. In C. A. Maher (Ed.); Professional self-management. Techniques for special service providers (S. 105 - 127). Baltimore: Brookes.

Angaben zu den Autoren:

Dipl.-Psych. Dieter Schmelzer (geb. 1952), Verhaltenstherapeut DGVT, Klinischer Psychologe/Psychotherapeut BDP. Leiter der Psychologischen Beratungsstelle für Eltern, Kinder & Jugendliche (Erziehungsberatung) in Nürnberg-Langwasser. Lehrbeauftragter für Verhaltenstherapie an der Universität Erlangen. Lehrtherapeut/Supervisor AVM für den AK Nürnberg.

Aktuelle Veröffentlichung: Kanfer, Reinecker & Schmelzer (1990): "Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis." Berlin: Springer.

Elke Pfahler (geb. 1963), Referendarin für das Lehramt an Grundschulen. Examensarbeit (1988) an der Erziehungswissenschaftlichen Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg zum Thema "Burnout bei Pädagogen".

info@dr-schmelzer.de

Dr. Dieter Schmelzer
Praxis für Psychotherapie
Kühnertsgasse 24
90402 Nürnberg