

WOLFGANG WILHELM

SYSTEMISCHE THERAPIE UND DAS BURNOUT-SYNDROM



DIE PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNG VON BURNOUT-PATIENTINNEN

stellt eine besondere Herausforderung dar. Wie nur wenige Krankheitsbilder, die uns in unserer Praxis begegnen, ist Burnout eng mit unserer gegenwärtigen Gesellschafts-

situation verbunden. Zudem ist der systemische Behandlungsansatz für viele KlientInnen gerade am Beginn der Therapie nicht leicht nachvollziehbar, da das gewohnte Denkmuster eher darin besteht, Psychotherapie als „Aufpäppeln“ in einem kleinen, als problematisch erlebten Fähigkeitsdefizit zu sehen. Danach soll dann alles, und vor allem sie selbst, wieder „funktionieren“.

Ich möchte in diesem Artikel Entstehung, Verlauf, Diagnose und Therapie von Burnout vorstellen, aber vor allem auch der Frage nachgehen, wofür es „gut“ sein könnte, Burnout zu entwickeln. Weiters möchte ich burnoutfördernde Persönlichkeitsfaktoren als nur einen Risikofaktor für die Entstehung von Burnout neben Familie, Beruf und Gesellschaft darstellen und verstanden wissen. Diese Erweiterung stellt eine wesentliche Grundlage einer systemischen Burnout-Therapie dar, die ich abschließend skizzieren möchte.

ENTWICKLUNG UND DEFINITION DES BEGRIFFS BURNOUT

Erstmals wird Burnout von H. B. Bradley im Jahr 1969 erwähnt. Der US-amerikanische Psychoanalytiker Herbert J. Freudenberger greift den Begriff dann 1974 auf. In seinem Beitrag für das „Journal of Social Issues“ beschreibt er, wie ehrenamtliche MitarbeiterInnen einer New Yorker Klinik für drogenabhängige Menschen im Laufe ihrer Arbeit zunehmend stärker „ausbrennen“. Er stellt fest: „Was wir aufbauen, sind unsere Talente und Fähigkeiten, was wir einbringen sind Überstunden für ein Minimum an finanziellem Ausgleich. Wir arbeiten zu viel, zu lange, zu intensiv. Wir fühlen einen inneren Druck zu arbeiten um zu helfen, und wir fühlen einen Druck von außen zu geben (...). Aber genau wegen dieses Engagements tappen wir in die Burnout-Falle“ (Freudenberger: 159).

Etwa zeitgleich erforscht die Sozialpsychologin Christina Maslach das Phänomen der distanzierten Anteilnahme („detached concern“) und der „Dehumanisierung“. Unter distanzierter Anteilnahme ist die gute Balance zwischen Empathie und eigener seelischer Ausgeglichenheit gemeint, sozusagen die optimale Grundhaltung in helfenden Berufen oder solchen, in deren Ausübung man viel Kontakt mit anderen Menschen hat, also auch in der psychotherapeutischen Tätigkeit. Unter Dehumanisierung hingegen wird ein „Zustand ausgeprägter emotionaler Distanz Mitmenschen gegenüber“ (Jaggi: 2) verstanden, der unmenschliches und grausames Verhalten den PatientInnen gegenüber begünstigt.

Herbert J. Freudenberger definiert Burnout 1974 als einen Gefühlszustand, der von übermäßigem Stress begleitet ist, also Erschöpfung und Energieverschleiß aufgrund von Überforderung von innen oder von außen durch Familie, Arbeit, Freunde, Wertesysteme oder Gesellschaft. Dies raubt Energie, schwächt Bewältigungsmechanismen und innere Kraft und beeinträchtigt schließlich persönliche Motivationen, Einstellungen und Verhalten. Er zählt bereits einige „wichtige Symptome des Syndroms (auf): Anfälligkeit für Krankheiten, erhöhte Gereiztheit, Schlaflosigkeit, negatives Verhalten wie Zynismus, Misstrauen und Frustration“ (Geyerhofer/Unterholzer 2008: 179). Die Folgen von Burnout beschreiben Christina Maslach und Susan Jackson als sehr ernst für die Beschäftigten, für deren KlientInnen und auch für die größeren Institutionen, in denen sie tätig sind: „Our initial research on this syndrome (...) along with the work of Freudenberger (...) suggests that burnout can lead to a deterioration in the quality of care or service that is provided by the staff. It appears to be a factor in job turnover, absenteeism, and low morale. Furthermore, burnout seems to be correlated with various self-reported indices of personal distress, including physical exhaustion, insomnia, increased use of alcohol and drugs, and marital and family problems. The initial research in this area was very exploratory (...)“ (Maslach/Jackson 1981a: 100).

Jerry Edelwich und Archie Brodsky betonen in ihrer Definition 1984 den zunehmenden Verlust von Idealismus und Energie, den die in helfenden Berufen Be-

schäftigten als Folge der Arbeitsbedingungen erfahren. Die Ursache für Burnout liegt ihrer Ansicht nach vor allem in unrealistischen Zielen, die sich die Betroffenen entweder selbst setzen oder von anderen vorgegeben bekommen. Dabei kann es sich um Ziele handeln, die an sich erreichbar wären, an denen die Betroffenen aber dennoch scheitern.

Bereits 1982 trugen Perlman und Hartman fünfzig unterschiedliche Definitionen mit über hundert somatischen und psychischen Symptomen zusammen. Diese Definitionsvielfalt ist bis heute nicht kleiner, sondern noch größer geworden. Wir sind also von einer einheitlichen Definition für Burnout nach wie vor weit entfernt. Burnout-Definitionen gibt es heute „in Hülle und Fülle, plausibel sind sie alle (...) Burnout ist nicht auf den Punkt zu bringen, zumindest auf keinen, der dem vieldimensionalen Phänomen gerecht würde“ (Hilbert/Marwitz: 280ff).

Klar ist heute jedoch, dass Burnout „keine Krankheit im engeren Sinne mit eindeutig zuteilbaren diagnostischen Kriterien“ (Jaggi: 6) ist, Burnout kann aber „als Begriff von hoher gesellschaftlicher Praxisrelevanz verstanden werden“ (Weimer/Pöll: 17). Im ICD-10 ist Burnout nicht als eigenständige Krankheit beschrieben, sondern erscheint unter den Zusatzziffern im Kapitel „Z73 - Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ als „Ausgebranntsein (Burn out)“, es handelt sich hierbei um Faktoren, die den Gesundheitszustand beanspruchen und ist zu vergeben für Personen, die das Gesundheitssystem aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen. Auch im DSM-IV wird Burnout nicht als eigene Diagnose aufgeführt, es kann hier unter der Ziffer 68.20 zu „Problemen im Beruf“ eingeordnet werden. Nach DSM-IV handelt es sich somit um ein Phänomen, welches zu beobachten, aber nicht zu behandeln ist. Da Burnout keine Diagnose im ICD-10 ist, kann die Behandlung über die Krankenkassen nur dann abgerechnet werden, wenn im Behandlungsfall die Kriterien einer anderen psychischen Störung erfüllt sind.

Als heute allgemein akzeptiert und den verschiedenen Definitionen gemein ist die Auffassung, dass Burnout

eine körperliche, emotionale und geistige Erschöpfung aufgrund beruflicher Überbelastung ist.

Die emotionale Erschöpfung „ist das Kern- oder Leitsymptom für Burnout“ (Bergner: 9) und drückt sich in Kraftlosigkeit, dem Gefühl der Leere oder dem Gefühl, eigentlich gar nicht mehr zu können, aus. „Dabei handelt es sich nicht um eine Arbeitsmüdigkeit, sondern um einen fortschreitenden Prozess, der mit wechselhaften Gefühlen der Erschöpfung und Anspannung einhergeht“ (Jaggi: 6).

Die Depersonalisierung (oder Depersonalisation) drückt sich in reduziertem Engagement für KlientInnen oder PatientInnen aus, aber auch für KollegenInnen, PartnerInnen, FreundInnen und Verwandte. Sie äußert sich meist durch eine gleichgültige, zynische oder sarkastische Einstellung. Es kommt häufig auch zum Versuch, möglichst alle Aufgaben „perfekt“ zu erfüllen, zum gesellschaftlichen Rückzug und zur Vermeidung von sozialen Kontakten.

Abnehmende Leistungsfähigkeit schließlich ist das dritte Hauptkriterium, wobei Betroffene in der Anfangsphase von Burnout oft besonders aktiv sind. Die Betroffenen aktivieren nämlich in dieser Phase alle ihnen zur Verfügung stehenden Energie- und Kraftreserven und können so ihre Aufgaben oft lange erfüllen. Dieser, ihr großer Aufwand wird von ihrem Umfeld nur selten wahrgenommen, was auf die Betroffenen zusätzlich demotivierend wirken kann. Für diese letzte Phase findet man in der Literatur immer wieder die Metapher eines Hamsters in seinem Hamsterrad, und KlientInnen können sich mit diesem Bild meist sehr gut identifizieren. Wenn Burnout dann schließlich „zur bewussten Abnahme der Leistung führt ist es in der Regel leider schon weit fortgeschritten“ (Bergner: 10).

ENTSTEHUNG UND VERLAUF

Freudenberger nennt bereits 1974 als Ursache von Burnout „die Diskrepanz zwischen den Erwartungen der Betroffenen und der Realität des Arbeitsplatzes sowie die Tatsache, dass sich die ehrenamtlichen MitarbeiterInnen sehr mit ihrer Arbeit verbunden fühlen“ (Geyerhofer/Unterholzer 2008: 179). Burnout wird „durch Stress oder auch Mobbing ausgelöst, der nicht mehr

bewältigt werden kann“ (Jaggi: 7). Ist der Stress - entweder in Form äußerer Stressoren, wie z. B. Lärm, Mobbing oder innerer Stressoren, wie z. B. dem Gefühl der Überforderung - schließlich nicht mehr zu bewältigen, kommt es zur Stressreaktion. Diese läuft in drei Phasen ab: In der Phase der Aktivierung des sympathischen Nervensystems kommt es zur Ausschüttung von Adrenalin, Noradrenalin und Kortisol, verbunden mit etwa Schwitzen, Zittern, Herzklopfen, Übelkeit, Durchfall, unproduktiver motorischer Überaktivität, nervösem Redefluss. „Dann erscheint die Widerstandsphase mit Blutzuckererhöhung, Schilddrüsenunterfunktion und Abnahme der Sexualfunktionen“ (Jaggi: 8), sowie mit Schlafstörungen, Erschöpfbarkeit, Schwindel und ähnlichen Symptomen. Letztlich tritt die Erschöpfungsphase ein, in der etwa die Infektionsabwehr zusammenbricht und in der es zu starken funktionellen kardialen oder gastrointestinalen Beschwerden kommt. In dieser Phase „der Regression kann es im weiteren Verlauf, je nach Risikokonstellation, durchaus auch zu schweren somatischen Erkrankungen (...) kommen“ (ebenda), etwa zu Myokardinfarkt, Verzweiflung oder gar Suizidalität. Spezifische Stressoren für Burnout wurden hier bisher nicht identifiziert. Durch die fortschreitende Stressreaktion nimmt die individuelle Belastbarkeit auch durch mangelndes Selbstvertrauen, erhöhte Verletzlichkeit durch Enttäuschungen/Verlusterfahrungen (Dysthymie) ab, wodurch man noch anfälliger für Stress wird. Die Arbeitszufriedenheit sinkt, ein zunehmendes Gefühl des Ausgebranntseins verstärkt sich und kann zu einer depressiven Entwicklung führen. Die Lust an der Beschäftigung nimmt ab, es kommt zur innerlichen Distanzierung („innere Kündigung“), zu regressiven Stimmungen des Versagens oder auch zu aggressiven Verhaltensweisen, oft verbunden mit progressiver Verflachung in allen Lebensbereichen. Häufig kommen psychosomatische Beschwerden wie Kopf-

schmerzen, Übelkeit, Magenkrämpfe, Schwindel, Schlafstörungen und Muskelverkrampfungen hinzu. Die Symptome eines Burnout-Verlaufs sind fast deckungsgleich mit der Symptomatologie einer dreiphasigen Stressreaktion.

Zusammenfassend kann die Entstehung von Burnout als ein „Prozess verstanden werden, der durch das Kumulieren arbeitsbezogener Stressoren in Verbindung mit individuell unterschiedlichen Bewältigungskompetenzen zustande kommt und wiederum Auswirkungen auf die Arbeitsqualität und den Krankenstand hat“ (Dech: 210).

HÄUFIG KOMMEN PSYCHOSOMATISCHE BESCHWERDEN WIE KOPFSCHMERZEN, ÜBELKEIT, MAGENKRÄMPFE, SCHWINDEL, SCHLAFSTÖRUNGEN UND MUSKELVERKRAMPFUNGEN HINZU. DIE SYMPTOME EINES BURNOUT-VERLAUFS SIND FAST DECKUNGSGLEICH MIT DER SYMPTOMATOLOGIE EINER DREIPHASIGEN STRESSREAKTION.

Burnout verläuft in Phasen, die ineinander übergehen und nicht klar voneinander abgrenzbar sind:

Die erste Phase ist durch Aggression und Aktivität gekennzeichnet, „das Leitsymptom der ersten Phase ist der Ärger. Die Leitreaktion ist die Aggression“ (Bergner: 10). Diese Phase kann sich über Jahre erstrecken, in manchen Fällen sogar über Jahrzehnte hinweg. Die Betroffenen werden sich in dieser Phase meist nicht über ihre Situation klar, sie nehmen sich nicht zurück, sondern leisten ihr Pensum unter immer größerem Einsatz, dennoch empfinden sie meist (noch) keinen Leistungsdruck oder verleugnen sogar, einen solchen zu empfinden.

Als Leitsymptom der zweiten Phase (Flucht und Rückzug) nennt Bergner Furcht, anfangs noch vor konkreten Inhalten, verbunden mit Flucht als Leitreaktion. Das heißt, Betroffene haben nun das Gefühl, immer weniger Zeit zu haben, oft wird Sport reduziert, und die Betroffenen mobilisieren viel, um Enttäuschungen zu vermeiden. Sie gehen auf Distanz zu bisher wichtigen sozialen

Kontakten, oft auch zu sich selbst. Sie nehmen sich selbst immer weniger wahr, zu PatientInnen und KlientInnen reduzieren sie den Kontakt, was aber oft unbemerkt bleibt. Empathie zu empfinden wird immer schwieriger, die „Furcht wird zur Angst und ist dann in der Regel nicht mehr aktiv begründbar, scheinbar entsteht sie einfach“ (Bergner: 11).

Die dritte Phase heißt „Isolation und Passivität“. Leitsymptom ist Isolation, Lähmung ist die Leitreaktion. Eigenmotiviertes Handeln der Betroffenen schwächt sich nun deutlich ab, oft kommen Suchtmittel (verstärkt) zum Einsatz, innere Befriedigung kennen die Betroffenen so gut wie gar nicht mehr, die Depression wird offensichtlich. In dieser Endphase erstarrt jede Bewegung „vielleicht auch, um die längst selbstangelegten Fesseln nicht zu sehr zu spüren“ (ebenda). Das Leidensbewusstsein erreicht einen Höhepunkt und kann zu Suizidgedanken führen, oft wird erst in dieser Phase professionelle Hilfe in Anspruch genommen.

Diese einzelnen Phasen können einander überschneiden und bauen nicht automatisch aufeinander auf. Durch kurzfristige Erholung, wie Urlaub oder Auszeiten, „erfolgt häufig eine kurzfristige Abnahme der Symptome. Der Erholungseffekt wird aber im Laufe der Zeit immer kürzer, und die Beschwerden sind rasch wieder vorhanden. Dies erklärt auch, warum viele Betroffene über einen langen Zeitraum weiterhin funktionieren“ (Weimer/Pöll: 22). Stefan Geyerhofer und Carmen Unterholzer zitieren eine Klientin, die rückschauend auf ihr Burnout sagt: „Seit Jahren fuhr ich trotz vieler roter Ampeln einfach weiter, bis es mich dann eines Tages einfach erwischte hat.“ Herzrasen, Schweißausbrüche, Atemnot“ (Geyerhofer/Unterholzer 2008: 179).

DIAGNOSTIK

Christina Maslach und ihr Team erarbeiteten das „Maslach Burnout Inventory (MBI)“, das „Maslach-Burnout-Inventar“ zur Untersuchung des Phänomens Burnout in größeren Personengruppen. Das MBI liegt heute in drei Versionen vor: Das ursprünglich erarbeitete MBI-Human Services Survey (MBI-HSS) wurde zur Evaluierung von Beschäftigten in medizinischen und sozialen Berufen entwickelt. Später wurde der MBI-

Educators Survey (MBI-ES) ergänzend entwickelt, der auf die Evaluierung von LehrerInnen spezifiziert ist. Schließlich wurde zur Evaluierung von Menschen in allen Berufsfeldern der MBI-General Survey entwickelt. Der MBI ist ein 25 Fragen umfassender Fragenkatalog, der emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung und persönliche Leistungsfähigkeit als drei Dimensionen des Burnouts erfasst.

In der deutschen Übersetzung wurde noch Involviertheit als vierte Qualität ergänzt. Tatsächlich ist der MBI in gut zehn Minuten ausgewertet und gut reproduzierbar, ihn auszufüllen dauert etwa 15 Minuten, zu beantworten sind dazu 25 Fragen im Multiple-Choice-Verfahren. Der MBI erlaubt jedoch nur eine Selbsteinschätzung, gibt lediglich eine Tendenz wieder und ist nur im Zusammenhang interpretierbar, notwendig sind über diese Selbsteinschätzung hinaus auch Verhaltensbeobachtungen durch KollegInnen oder externe SupervisorInnen.

Der MBI war der erste und wohl wichtigste Burnout-Test, heute ist er längst nicht mehr der einzige. Eine neuere Entwicklung ist beispielsweise das Burnout-Screening-Inventary (BSI), ein in der Arztpraxis Rütihof in Zürich entwickeltes Werkzeug zum Screening von Burnout-PatientInnen, das nur zehn Fragen im Multiple-Choice-Verfahren umfasst, sowie das Züricher Empowerment Programm.

DIFFERENTIALDIAGNOSTIK

Auch wenn Depression ein Teil von Burnout sein kann und Burnout und Depression nicht immer scharf voneinander zu trennen sind, gilt die Depression (ICD-10: F32.-) als eine Differentialdiagnose von Burnout.

Um zwischen Burnout und Depression eine Unterscheidung treffen zu können, ist zu beachten, dass Burnout vor allem auf berufliche Überlastung beschränkt ist, während die Depression „nicht auf berufliche oder andere psychosoziale Belastungen (Arbeits- oder Partnerverlust) beschränkt (ist), sondern auch körperliche Symptome ein(-schließt). Die wahren Ursachen einer Depression bleiben häufig unbekannt“ (Jaggi: 11).

Eine weitere Differentialdiagnose stellt die Neurasthenie (ICD: F48.-) dar, die wohl die häufigste psychische

Diagnose im ausgehenden 19. Jahrhundert war, und die als nervöse Erschöpfung im Zusammenhang mit der Industrialisierung gesehen wurde.

Die Fibromyalgie (ICD-10: M79.7-) findet sich im ICD-10 im Kapitel „M79.- - Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, andernorts nicht klassifiziert“. Sie zeichnet sich vor allem durch Tendomyopathie (chronische Sehnen- und Muskelschmerzen) mit typischen überempfindlichen Muskel- und Sehnenverhärtungen im Schulter- und Beckenbereich aus („Tender points“). Neben Spontanschmerz, Druckschmerz, Kontrollpunkten und dem Nachweis von vegetativen und funktionellen Symptomen wie Tremor, Schlafstörungen, Schwindel, kardialen oder gastrointestinalen Beschwerden gehören auch psychopathologische Befunde, wie Depression und Angstzustände zu ihren Diagnosekriterien und können sie mit dem Burnout verwechselbar machen.

Letztlich zu erwähnen ist noch das Chronic Fatigue Syndrome (CFS), das im ICD-10 im Kapitel „G93.- - Sonstige Krankheiten des Gehirns“ als G.93.3 gelistet ist und eine Ausschlussdiagnose zum Burnout darstellt. Das CFS ist ein klinisch definiertes Krankheitsbild, das mindestens sechs Monate andauert und bei dem schwere, lähmende Erschöpfung, Konzentrationsschwäche, Schlafstörungen, Muskel- und Gliederschmerzen vorherrschen. Diagnostische Tests für das CFS gibt es bislang keine. Im Unterschied zu Burnout aber liegt dem CFS keine psychische Überbelastung zugrunde.

BURNOUTFÖRDERNDE PERSÖNLICHKEITSAKTOREN

Burnout zeigt sich „in fast allen Schichten und in unterschiedlichen Lebensaltern. Betroffen sein können alle: der Schüler, die Studentin, pflegende Angehörige, Schmerzpatientinnen, die Managerin, der Arzt, die Hausfrau ...“ (Weimer/Pöll:22), und es zeigt sich, dass beide Geschlechter etwa gleich häufig von Burnout betroffen sind. Geschlechtstypische Unterschiede gibt es bei den einzelnen Symptomen: Während bei Frauen emotionale Erschöpfung häufig im Vordergrund steht, ist es bei Männern oft Depersonalisierung. Immer wieder findet man in der Literatur Hinweise auf Menschen,

die besonders gefährdet sind, ein Burnout zu entwickeln. Zwar gibt es grundsätzlich „keinen Beruf, in dem Burnout nicht denkbar oder nicht möglich wäre. Dennoch sind es vorrangig die Berufe, in denen Beziehungen zu anderen Menschen wichtig sind, die den Weg zu Burnout ebnen.“ (Bergner: 8f.). Wulf Rössler sagt, die „Anfälligkeit für ein ‚Burnout‘ ist allerdings unterschiedlich ausgeprägt: dies sind häufig die ‚Hingebungs-vollen‘, die keine klaren Grenzen zwischen Arbeit und Freizeit ziehen können“ (Rössler in Jaggi: VI). Jaggi ergänzt hier zur Gruppe der Hingebungs-vollen (Freudenberger nennt sie „the dedicated“) noch die Überidentifizierten, „die ihrer Aufgabe Verpflichteten („the committed“).“

Weimer und Pöll erweitern diese persönlichen Faktoren und nennen „hohes Verantwortungs- und Pflichtbewusstsein, emotionale Labilität, der dulddende Umgang mit Zeiträubern, hoher eigener Idealismus, eigene Omnipotenzideen und die Bereitschaft, bei Anforderungen noch mehr zu leisten, anstatt Grenzen zu ziehen (...“ (Weimer/Pöll:23). Dass diese individuellen Faktoren auch eine Rolle spielen, bestätigen auch Geyerhofer und Unterholzer: „Hohe Ideale, hohe Standards und große Erwartungen an die eigene Arbeit - bis hin zum Perfektionismus -, enorme Anforderungen an die Arbeit der KollegInnen, großes inhaltliches Engagement und eine hohe Bewertung der Arbeit finden wir häufig bei unseren KlientInnen mit Burnout. Alle sechs von uns befragten Personen investierten viel Energie, viel Zeit in ihre Arbeit, sie waren mit Eifer bei der Sache.“ (Geyerhofer/Unterholzer 2008: S. 180). Dennoch kritisieren Christina Maslach und Michael P. Leiter diesen individualsorientierten Ansatz: „Die gängige Ansicht ist, dass Burnout in erster Linie ein Problem der Einzelperson ist. Das soll heißen, dass Menschen aufgrund von kleinen Fehlern in ihren Charakteren, ihrem Verhalten oder ihrer Leistung an Burnout erkranken. Nach dieser Sichtweise sind die Menschen das Problem und die Lösung besteht darin, diese auszutauschen oder sich ihrer zu entledigen“ (Maslach/Leiter 2001: 19). Andreas Bergknapp weist aus seiner systemischen Perspektive darauf hin, dass konstruktivistische Ansätze davon ausgehen, dass Menschen jeweils ihre Wirklichkeit konstruieren, und dass die Sprache dabei eine bedeutende

Rolle spielt: „Typische Aussagen wie ‚Ich bin ausgebrannt‘, ‚Der Mitarbeiter leidet unter dem Burnout-Syndrom‘ oder ‚Bei mir wurde Burnout diagnostiziert‘ fokussieren zum einen die Person und zum anderen wird Burnout ontologisiert: Burnout gleicht einem ‚lästigen Besucher, den man schnell wieder loswerden möchte‘. Auch wenn im Alltagsverständnis und in theoretischen Erklärungsansätzen spezifische Umweltfaktoren als Ursachen von Burnout identifiziert werden, verbleibt die Aufmerksamkeit auf der Person. Denn schließlich sind auch andere Personen denselben Kontextfaktoren ausgesetzt, ohne dass sie ‚ausbrennen‘“ (Bergknapp: 241).

Als Lösungsvorschläge, wenn Betroffene ihren Vorgesetzten und KollegInnen von ihrem Burnout berichten, bekommen sie meist gut gemeinte aber nicht hilfreiche Angebote wie Stressmanagement-Seminare, bessere Zeiteinteilung, die Erlaubnis auch mal „nein“ zu sagen oder die Empfehlung, sich doch besser abgrenzen zu lernen. „Diese individualistische Denkfigur befördert die Zuschreibung, dass jeder für ‚seinen‘ Burnout selbst verantwortlich ist“ (Bergknapp: 241). All diese Zugänge

HEUTE IST DER BEGRIFF BURNOUT WEIT VERBREITET, ER IST POPULÄR UND IN ALLER MUNDE. UND DAS, SO RÖSSLER, WOHL AUCH, WEIL ER „DEM LEBENS-GEFÜHL BREITER BEVÖLKERUNGSSCHICHTEN (ENTSPRICHT): OBWOHL OBJEKTIV IN GESICHERTEN VERHÄLTNISSEN LEBEND, WIRD SUBJEKTIV DER ALLTÄGLICHE STRESS ALS ZUNEHMEND NICHT MEHR ZU BEWÄLTIGENDE BELASTUNG EMPFUNDEN“.

gehen jedoch davon aus, „dass die Ursachen von Burnout bei den Betroffenen liegen. Wenn jemand erschöpft ist, sich kaum mehr an seinen Arbeitsplatz wagt (...), dann ist sie oder er selbst dafür verantwortlich. In der Logik dieser Vorannahmen passen die genannten ‚Lö-

sungsvorschläge‘. Den Betroffenen wird Unterstützung angeboten, um persönliche Defizite auszugleichen und um sie ‚fitter‘ für den Arbeitsplatz zu machen. Diese Angebote heißen je nach Organisation: Entspannungstraining, Zeit- oder Stressmanagementseminare, Urlaub, Einzelsupervision oder Coaching. Sollten diese Angebote nicht den erwarteten Effekt bringen, bleibt die Dienstfreistellung oder die Kündigung. Folglich ist auch die letzte ‚Lösung‘ des Problems eine auf das Individuum bezogene“ (Geyerhofer/Unterholzer 2008: 181f.).

Bevor ich nun diesen, hier bereits aus systemischer Sicht kritisierten, individuumsorientierten Ansatz umfassend um eine systemische Sichtweise erweitere, möchte ich die „Vorteile“, die er manchen Betroffenen auch bringt, erörtern.

WOFÜR ES „GUT SEIN KANN“, EIN BURNOUT-SYNDROM ZU HABEN

Heute ist der Begriff Burnout weit verbreitet, er ist populär und in aller Munde. Und das, so Rössler, wohl auch, weil er „dem Lebensgefühl breiter Bevölkerungsschichten (entspricht): obwohl objektiv in gesicherten Verhältnissen lebend, wird subjektiv der alltägliche Stress als zunehmend nicht mehr zu bewältigende Belastung empfunden“. Hinzu kommt, dass Burnout „keine Neurose oder andere psychiatrische Diagnose (ist und es daher) keine pathologische Qualität mit Stigmatisierungspotential“ (Jaggi: 1) hat. Burnout kennzeichnet auch ein „gesellschaftliches Phänomen der modernen Leistungsgesellschaft“ (Weimer/Pöll: 17). Die zunehmende Unsicherheit beruflicher Perspektiven in unserer „schönen, neuen Arbeitswelt“ kritisiert auch Beate Schulze und stellt fest, dass das soziale Klima rauer geworden „und von Hyper-Dringlichkeit, E-Mail-Flut und wachsender Konkurrenz geprägt (ist). Am Arbeitsplatz werden mehr Eigeninitiative und Flexibilität gefordert - doch gleichzeitig haben selbst Führungskräfte immer weniger Handlungsspielraum, werden Unternehmensziele doch zunehmend von den

Prioritäten der volatilen Finanzmärkte geprägt. Nach dem Job-Demand-Control-Modell ist das die klassische Konstellation für eine hohe Stressbelastung: Hoher Arbeitsdruck, gepaart mit geringen individuellen Gestaltungsmöglichkeiten im Arbeitsprozess zehren an den Energieressourcen der Mitarbeitenden und können zu einer erheblichen Sinnkrise führen - es kann zu einem Burnout kommen“ (Schulze: 201).

Burnout scheint heute „den Nerv von Vielen zu treffen, die mit der globalisierten Leistungsgesellschaft Schritt zu halten versuchen. (...) Gleichzeitig steht Burnout quasi als Leistungsausweis - man hat für die Arbeit alles gegeben“ (Schulze in Jaggi: VII). Dieses Bild macht es für viele Menschen aber auch leichter, für psychologische und gesundheitliche Belastungen und Folgen von erlebtem Stress professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, es ist also eine Legitimierung gerade auch für Menschen außerhalb sozialer Berufe. Während Menschen in sozialen Berufen meist weniger Schwierigkeiten damit haben, psychosoziale Unterstützung in Form von Supervision, Coaching oder Psychotherapie in Anspruch zu nehmen haben Menschen in anderen Berufsfeldern oft mit dem Vorurteil zu kämpfen, dass, wer Therapie in Anspruch nehmen muss, zu schwach, zu wenig kompetent oder, wie auch immer, zu wenig geeignet für den Beruf ist. Ein Burnout hingegen ist als Legitimation beliebt, denn plötzlich wird die Inanspruchnahme von Therapie der für alle nachvollziehbare Beweis, nicht für Wenig-Leistung oder Inkompetenz, sondern für besonders viel erbrachte Leistung, besonderes Engagement, besondere Hingabe zum Beruf, besondere Leistungserbringung über einen besonders langen Zeitraum, ja, sogar bis über die eigenen Grenzen hinweg. Beate Schulze spricht hier sogar von der „Heroisierung“ des Burnout-Begriffs als eine Art Leistungsausweis“ (Schulze: 202).

Burnout in dieser Konzeption ist also ein neuer Weg, „um reduzierte psychische Belastbarkeit, verminderte Leistungsfähigkeit, gedrückte Stimmung und mögliche erlebte körperliche Beschwerden beinahe stigmatisierungsfrei erleben und kommunizieren zu können“ (Jaggi: 1). Menschen mit Burnout erhalten durch ihr Burnout eine Art „Krankenrolle, verbunden mit der Legitimation, weniger bis gar nichts mehr leisten zu müssen, ohne aber als (seelisch) krank zu gelten. Doch damit nicht genug: Mit der - wissenschaftlich leider unhaltba-

WÄHREND MENSCHEN IN SOZIALEN BERUFEN MEIST WENIGER SCHWIERIGKEITEN DAMIT HABEN, PSYCHOSOZIALE UNTERSTÜTZUNG IN FORM VON SUPERVISION, COACHING ODER PSYCHOTHERAPIE IN ANSPRUCH ZU NEHMEN HABEN MENSCHEN IN ANDEREN BERUFSFELDERN OFT MIT DEM VORURTEIL ZU KÄMPFEN, DASS, WER THERAPIE IN ANSPRUCH NEHMEN MUSS, ZU SCHWACH, ZU WENIG KOMPETENT ODER, WIE AUCH IMMER, ZU WENIG GEEIGNET FÜR DEN BERUF IST.

ren - Prämisse, dass nur ausbrennen könne, wer ehemals entflammt war, exkulpiert Burnout Betroffene nicht nur. Burnout wird geradezu zur Auszeichnung gegenüber Nichtausgebrannten. Letztere waren offenbar nicht engagiert und/oder viel egoistischer auf ihr eigenes Wohlbefinden bedacht.“

Dieser Sichtweise kommt es zugute, dass Burnout wissenschaftlich eben nicht ganz eindeutig und allgemein verbindlich definiert ist. Gerade weil sich Burnout „als wissenschaftlicher Begriff nicht konkret erfassen lässt, kann jeder frei über ihn verfügen. In diesem Punkt hat Burnout etwas mit der ‚Liebe‘ gemeinsam. Auch diese schönste aller menschlichen Tugenden (oder Krankheiten?) lässt sich wortreich umschreiben, aber wissenschaftlich nicht umfassend definieren. Verliebte und Nichtverliebte hält dies nun keineswegs davon ab, von und über die Liebe zu reden. Über was würde man lieber

sprechen, schreiben, dichten oder singen - über klar definierte Phänomene, den stressbedingten Anstieg des Adrenalinpiegels, die Major Depression nach ICD-10, oder über so schillernde Begriffe wie Glaube, Liebe, Hoffnung ... und Burnout?“ (Hillert/Marwitz: 280). Burnout, so fassen Andreas Hillert und Michael Marwitz zusammen, erweist sich „bei psychologischer und methodischer Betrachtung als ein hochgradig schwammiges Konstrukt, das weitgehend durch tradierte Aspekte wie Neurotizismus, Depressivität und Ängstlichkeit aufgeklärt werden kann.“ und kommen zu dem Schluss: „Aus Expertenperspektive könnte auf das Burnout-Konstrukt verzichtet werden, wenn es denn im sozialen Kontext, in dem auch Experten leben, überleben müssen und gut leben wollen, verzichtbar wäre.“ (ebenda)

THERAPIE DES BURNOUT-SYNDROMS

In der Fachliteratur finden wir heute ein vielfältiges, methodisch „buntes Feld an Empfehlungen zur Prävention und Therapie von Burnout. Die Maßnahmen reichen von Selbstsicherheitstraining, Selbstwahrnehmungsübungen und Entspannung über Verbesserung von Arbeitsabläufen, Förderung positiver Erfahrungen, Entwicklung klarer Kommunikationsstrukturen, Entfaltung neuer Aktivitäten und Entdeckung ehrenamtlicher Aufgabenfelder bis hin zu Teamarbeit, Supervision,

AUS EXPERTENPERSPEKTIVE KÖNNTE AUF DAS BURNOUT-KONSTRUKT VERZICHTET WERDEN, WENN ES DENN IM SOZIALEN KONTEXT, IN DEM AUCH EXPERTEN LEBEN, ÜBERLEBEN MÜSSEN UND GUT LEBEN WOLLEN, VERZICHTBAR WÄRE.

Fortbildung und Förderung sozialer Unterstützung in Institution, Kollegenkreis und Familie“ (Beschner et al: 219). Für Thomas Kraus lehrt uns Burnout, besser zu leben. Wer einmal zugeben musste, „dass er nicht mehr kann, wird bescheidener. Er fängt an, auf sein Inneres zu achten. Achtsamer werden, bewusster im Umgang mit uns selbst und unserer Mitwelt, heißt der

Weg, der schon das Ziel in sich trägt. (...) Sich selbst wieder zu spüren, bedeutet auch, die eigenen Grenzen zu erkennen“ (Kraus in Weimer/Pöll: 7).

Ziel von Burnout-Therapien ist es allgemein, Menschen, die von Burnout betroffen sind, zum „Ausstieg“ aus verschiedenen ‚Fallen‘ zu helfen, ihnen wieder die Freude an der Leistung zurückzugeben, ein realistischeres und gesünderes Maß an An- und Entspannung zu vermitteln und sie bei der Suche nach ihren Werten und Lebenszielen zu unterstützen“ (Weimer/Pöll: 9). Weimer und Pöll haben ihre PatientInnenakten analysiert und dabei herausgefunden, dass sich die Mehrheit der Burnout-PatientInnen selbst in die Klinik einweist (49,6%), während 26,5% kurzfristig als Notfall und 23,1% aufgrund von Angehörigen oder Bekannten kommen. Gut die Hälfte ihrer PatientInnen im stationären Kontext sind zwischen 40 und 49 Jahre alt, 73,6% sind in Vollzeit und 14,3% in Teilzeit beschäftigt. Vielen PatientInnen geht es, wenn sie therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen, darum, möglichst schnell wieder so leistungsfähig wie früher zu werden. Wie sehr dies auch gesellschaftliche Werte und Normen widerspiegelt, mag die Tatsache verdeutlichen, dass auch professionelle TherapeutInnen in diese „Falle“ tappen können. Weimer und Pöll etwa sagen, dass sie am Beginn ihrer therapeutischen Arbeit mit Burnout-Betroffenen oft unbemerkt deren Leistungsdynamik

übernahmen: „Anfangs nahmen wir den Auftrag vieler Patienten an: ‚Machen sie mich schnell wieder arbeitsfähig! Ich möchte wieder so funktionieren und so viel arbeiten können wie zuvor.‘ Es zeigte sich, dass auch das Behandlungsteam von dem Leistungsgedanken der Patienten angesteckt wurde. So wurden möglichst viele Angebote installiert und an der

‚Wiederherstellung‘ gearbeitet. Mittlerweile nehmen die den ‚Wiederherstellungsauftrag‘ nicht mehr unreflektiert an, sondern beleuchten sehr genau mit den Betroffenen, was eine Rückführung in den ‚Ausgangszustand‘ für Folgen hat“ (Weimer/Pöll: 9f.). Sie betonen auch das Thema Vermeidung, das eine wichtige Rolle im Burnout-Geschehen spielt: insbesondere die Vermeidung

derung von „Auseinandersetzung mit dem eigenen Befinden, die Vermeidung von Konflikten mit Partnern, der Familie oder den Freunden und vor allem die Vermeidung von Enttäuschung darüber, dass die eigene Leistungsfähigkeit begrenzt und erschöpflich ist“, und sehen Burnout mittlerweile „auch als ein Übergangsstadium an, in dem sich eigene Werte und Lebensziele neu definieren und ordnen lassen und sich vielleicht neue oder andere Perspektiven auf tun lassen“ (Weimer/Pöll: 11).

In vielen auf Burnout spezialisierten Kliniken hat die Verhaltenstherapie einen großen Stellenwert. Hier „wird in Anlehnung an die klassischen Lerntheorien und die aktuellen Ansätze der Kognitiven Verhaltenstherapie (... davon ausgegangen), dass problematisches Verhalten in erster Linie das Ergebnis von Lernprozessen ist und durch die Verwendung von Verhaltens- und Lernprinzipien verändert werden kann“ (Weimer/Pöll: 12). Dieser Ansatz ist dann hilfreich, „wenn Grundeinstellungen und Verhaltensweisen gegenüber der Arbeit verändert und günstigere Strategien im Umgang mit Stressoren am Arbeitsplatz erarbeitet und eingesetzt werden sollen“ (Beschner et al: 219). Die Grundlage der verhaltenstherapeutischen Behandlung ist deshalb eine detaillierte Analyse des problematischen Verhaltens, um anhand davon die aktuellen Verhaltensdeterminanten zu bestimmen. Entsprechend der „Selbstmanagementtherapie“ von Frederic Kanfer stehen die TherapeutInnen als VermittlerInnen von Kompetenzen und speziellen Fähigkeiten, die PatientInnen für die Eigensteuerung und Selbstkorrektur ihres Verhaltens benötigen, zur Verfügung. Dies erfolgt nicht nur in theoretischer Wissensvermittlung, sondern auch auf Basis real erlebter Erfahrungen. Der Erwerb dieser Kompetenzen zielt demzufolge „darauf ab, aus den Behandlungsergebnissen im Einzelfall übergeordnete Regeln abzuleiten, die nicht nur für die ursprüngliche Lernsituation Gültigkeit besitzen, sondern die sich situationsübergreifend zu flexiblen Bewältigungsstrategien zusammenfassen lassen“ (Weimer/Pöll: 12).

An verhaltenstherapeutischen Prozessen sind vor allem Psychoedukation, Verhaltensanalysen sowie Generalisierung, Stabilisierung und Beendigung der Therapie wich-

tig. Ziel ist es hier die Symptomatik der KlientInnen besser zu sehen, zu verstehen und damit auch verträglich umzugehen. Dieses Wissen soll mit persönlichen Erfahrungen verbunden werden, wobei die „Aufklärung der Betroffenen über die Entstehungs- und Aufrechterhaltungsbedingungen der Störung die Grundlage für sich anschließende Behandlungsschritte“ (Weimer/Pöll: 13) bildet. In weiterer Folge wird die Problemdefinition präzisiert und konkretisiert und eine intensive funktionale Analyse des Ist-Zustandes auf unterschiedlichen Analyserichtungen erarbeitet. Am Ende der stationären Behandlung stehen meist die Erarbeitung und Benennung von Erhaltungszielen sowie die Übertragung der erarbeiteten Veränderungen in den Lebensalltag der KlientInnen, was aber wohl in ambulanten Therapien leichter und besser den Alltag begleitend möglich ist. Die stationäre Therapie kann daher meist nicht das Ende der Behandlung sein.

BURNOUT-SYNDROM SYSTEMISCH BETRACHTET

Nachdem ich vorhin bereits einen Schwerpunkt auch auf Charakteristika von Menschen, die besonders gefährdet sind, ein Burnout zu entwickeln, gelegt habe, möchte ich nun dem zuvor explizierten individuumsorientierten Ansatz eine spezifisch systemische Sicht auf Burnout ergänzend bzw. erweiternd gegenüberstellen. Geyerhofer und Unterholzer merken kritisch an, dass bei vielen Arbeiten zum Thema Burnout Fallstudien und Berichte im Vordergrund stehen. Diese sind zwar sehr praxisnah, aber „selten theoriegeleitet und fokussieren auf das Individuum. Da sich die frühen Fallbeschreibungen hauptsächlich auf Sozial- und Gesundheitsberufe konzentrieren, glaubte man über viele Jahre, diese beiden Berufsgruppen seien besonders gefährdet“ (Geyerhofer/Unterholzer 2008: 180). Später erst wurden auch andere Berufsgruppen verstärkt beachtet, und es zeigt sich, dass Burnout jeden betreffen kann. Dies erleben auch manche Betroffene, wenn sie nach der dem individuumsorientierten Ansatz entsprechenden „letzten Lösung“, der Kündigung also, etwa sehen, dass auch ihre Nachfolger relativ schnell unter ähnlichen Zuständen leiden.

Auch Geyerhofer und Unterholzer wollen die Existenz von intrapersonellen Faktoren bei der Entwicklung und im Verlauf von Burnout nicht leugnen. Sie betonen aber,

dass „individuelle Faktoren jedoch als einzige oder wichtigste Ursache und als einzige Quelle möglicher Lösungsschritte zu sehen, heute wissenschaftlich nicht mehr haltbar, therapeutisch unverantwortlich“ (Geyerhofer/Unterholzer 2009b: 222) ist. Von einem „systemischen Ansatz aus betrachtet, würde diese reduzierte Herangehensweise KlientInnen nur kurzfristig aufbauen“ (Geyerhofer/Unterholzer 2008: 182). Ein Rückfall ist dann zu erwarten, wenn die Betroffenen in die Arbeitsbedingungen zurückkommen, etwa nach einem Urlaub oder einer Auszeit, die sie haben ausbrennen lassen.

Wir können daher, systemisch betrachtet, sagen, dass Burnout nicht das Problem eines individuellen Menschen ist, sondern vielmehr ein Problem des sozialen Umfeldes, in dem er arbeitet. „Systemisch-konstruktivistische Ansätze weisen auf die soziale Konstruiertheit

WIR KÖNNEN DAHER, SYSTEMISCH BETRACHTET, SAGEN, DASS BURNOUT NICHT DAS PROBLEM EINES INDIVIDUELLEN MENSCHEN IST, SONDERN VIELMEHR EIN PROBLEM DES SOZIALEN UMFELDES, IN DEM ER ARBEITET.

von Phänomenen wie Burnout hin (...) und lenken die Aufmerksamkeit auf Wahrnehmungs- und Interpretationsmuster, deren sich die Beobachter meist nicht bewusst sind“ (Bergknapp: S. 241). Somit zeigt sich auch, „dass Burnout-Symptome, die beim jeweiligen Arbeitnehmer auftreten, mehr über die Bedingungen im Job aussagen als über ihn selbst“ (Maslach/Leiter: 23). Weitgehend unabhängig vom Betroffenen wird „überall, wo andauernde Überbelastung mit zu geringer Entlastung und unzureichendem ‚Energienachschub‘ einhergeht, (...) die Entstehung von Burnout begünstigt“ (Weimer/Pöll: 22f.). Ausschlaggebend, ob jemand in seinem Job ausbrennt oder nicht, sind also neben den eher untergeordneten persönlichen Faktoren vor allem „die Beschaffenheit des Arbeitsplatzes, die Interaktion zwischen Vorgesetzten und MitarbeiterInnen sowie jene zwischen den MitarbeiterInnen“ (Geyerhofer/Unterholzer 2008: 182).

Als aufrechterhaltende Bedingungen fanden Maslach, Leiter und Schaufeli sechs Faktoren, die entscheiden, ob es eine Passung zwischen Person und Job gibt, also ob das Ausmaß, in dem sich die individuellen Erwartungen mit der Realität des Arbeitsplatzes treffen, groß genug ist. Diese sechs Faktoren, und damit die Passung, sind maßgeblich entscheidend dafür, ob jemand in seinem Job ausbrennt oder nicht. Die sechs Faktoren sind: Arbeitsbelastung, Einfluss/Kontrolle, Belohnung/Anerkennung, Gemeinschaft, Fairness/Respekt/Gerechtigkeit und Werte. „Je mehr wir uns mit Burnout beschäftigen (...), desto deutlicher können wir den Einfluss dieser sechs Missverhältnisse auf das Wohlbefinden der Menschen erkennen“ (Maslach/Leiter: 41). Natürlich gibt es so gut wie keine berufliche Tätigkeit, in der stets alle sechs Faktoren perfekt passen, und damit kommen Menschen in der Regel auch gut zurecht. Kritisch wird

es erst, „wenn mehrere dieser Faktoren sich zu burnoutfördernden Bedingungen zusammenfinden“ (Geyerhofer/Unterholzer 2008: 185). Mit ihrem „Konzept der Passung (Kongruenz, ‚fit‘) bzw. des Missverhältnisses (Inkongruenz, ‚misfit‘), nähern sich Maslach und Leiter einem systemischen Verständnis von Burnout an, das neben individuellen Bedingungen den Arbeitskontext entscheidend mitberücksichtigt“ (ebenda). Bergknapp weist darauf hin, dass „ein ganzheitliches Verständnis von Emotionen oder Burnout in Organisationen nicht ohne eine Theorie möglich ist, welche auch die organisationale Logik erfasst“ (Bergknapp: 240). Maslach und Leiters Sechs-Faktoren-Modell ebnete den Weg für eine systemische, eine erweiterte und kontextbezogene Perspektive des Burnout-Syndroms. So haben Menschen dann gute Chancen, ein Burnout zu erleiden, wenn sie sich über einen „längeren Zeitraum überlastet fühlen, nicht genug Kontrolle über (ihre) Arbeit haben, zu wenig Einfluss auf die Tätigkeiten, die (sie) verrichten, ausüben können und zu wenig oder zu viel Verantwortung haben. An Burnout erkranken wir auch, wenn unsere Arbeit nicht entsprechend anerkannt wird, wenn

wir Konflikte im Team nicht auf eine konstruktive Art austragen können, wenn wir nicht fair behandelt werden und wenn die Werte des Unternehmens nicht in einem ausreichenden Ausmaß mit unseren eigenen Werten übereinstimmen“ (Geyerhofer/Unterholzer 2008: 185). Das bedeutet auch, dass Menschen, die eine ihren Leistungsmöglichkeiten angepasste Arbeitsbelastung haben, die Kontroll- und Einflussmöglichkeiten haben, die ausreichend Lob und Anerkennung bekommen und in einem Team mit guter Konfliktkultur arbeiten, die von KollegInnen und Vorgesetzten fair behandelt werden und die ihre eigenen Werte mit denen des Unternehmens gut in Einklang bringen können, eine gute Chance haben, „langfristig über weite Strecken gerne und engagiert zu arbeiten.“ (ebenda). Relevant ist auch der Führungsstil der Vorgesetzten, eindeutig ist „auf den Zusammenhang zwischen mangelnder Führungsqualität von Vorgesetzten und der Entwicklung eines Burnouts bei MitarbeiterInnen“ (Geyerhofer/Unterholzer 2009b: 223) hinzuweisen: „Je größer die Führungskompetenz von Vorgesetzten, desto geringer die Wahrscheinlichkeit, dass MitarbeiterInnen ausbrennen. Hohe Führungsqualität beugt nicht nur Burnout vor“ (Geyerhofer/Unterholzer 2008: 187), sie fördert auch die Effektivität des Teams und dessen Zufriedenheit.

Als „dritte Phase der Burnout-Forschung“ bezeichnen Geyerhofer und Unterholzer die „positive Wende. Burnout-Forscher wenden sich Organisationen zu, in denen es kein Burnout gibt, und fragen sich, wie deren Arbeitsplätze aussehen“ (Geyerhofer/Unterholzer 2008: 188). Dies ist ein ursystemischer, Unterschiede erzeugender und die Ressourcen in den Vordergrund stellender Ansatz. Pionier in Europa ist hier Wilmar Schaufeli. So erkennt man hier auch Energie, Interesse und Selbstwirksamkeit als drei wesentliche Dimensionen von Job-

zufriedenheit: „Je höher der Energiepegel, die Einsatzfreude und das Gefühl, etwas bewirken zu können, desto stärker ist das positive Erleben der eigenen Arbeit ausgeprägt“ (Maslach/Leiter: 70). Burnout wird nun nicht länger als ein „Entweder-Oder“, sondern als ein ‚Mehr-oder-Weniger‘ (verstanden), dessen andere (positive und wünschenswerte) Seite Jobengagement darstellt (und dies ...) liegt aus systemischer Sicht nahe“ (Geyerhofer/Unterholzer 2008: 189).

IM SYSTEMISCHEN VERSTÄNDNIS VON BURN-OUT DARF NATÜRLICH AUCH DER BLICK AUF DIE FAMILIEN DER BETROFFENEN NICHT FEHLEN. BETROFFENE LEBEN OFT IN BURNOUTFÖRDERNDEN FAMILIENSITUATIONEN. HIER SIND ETWA DIE VERMISCHUNG VON BERUF UND FREIZEIT, HOHE LEISTUNGSANSPRÜCHE, ÜBERLASTUNG, WOCHENENDARBEIT, KRANKHEIT, PFLEGE, PARTNERKONFLIKTE, TRENnung, SCHEIDUNG ODER AUCH SCHULDEN ZU NENNEN.

Im systemischen Verständnis von Burnout darf natürlich auch der Blick auf die Familien der Betroffenen nicht fehlen. Betroffene leben oft in burnoutfördernden Familiensituationen. Hier sind etwa die Vermischung von Beruf und Freizeit, hohe Leistungsansprüche, Überlastung, Wochenendarbeit, Krankheit, Pflege, Partnerkonflikte, Trennung, Scheidung oder auch Schulden zu nennen. Ist hingegen die Familie ein Ort der Ressource, wo Betroffene auch psychohygienisch agieren können, etwa durch Jammern, Reden sich Kraft holen, so kann Familie gut präventiv gegen Burnout wirken.

Im übergeordneten System, der Gesellschaft, gibt es auch Veränderungen, die mit ihren Folgen zum Burnout beitragen können - etwa hoher finanzieller Druck, der ArbeitnehmerInnen zwingt, Überstunden, oft auch am Wochenende, zu machen. Aber auch neue Arbeitsmittel, wie E-Mail, beschleunigen oft unbe-

merkt das Arbeitstempo, machen uns „immer und überall“ erreichbar, und die Grenzen zwischen Arbeitszeit und Freizeit oder Urlaub verwischen sich immer mehr.

Geht man von der „individualisierten Betrachtung des Problems weg und versteht Burnout im systemischen Kontext, lassen sich (...) vier Ursachenfelder festmachen: die Person (individuelle Faktoren), die Familie/Partnerschaft, die Arbeitssituation und gesellschaftliche Faktoren. All diese Bereiche können dazu beitragen, dass Burnout entsteht und sich weiter verfestigt“ (Geyerhofer/Unterholzer 2008: 192). Hinzu kommen Wechselwirkungen zwischen diesen vier Bereichen, die oft nicht gleich sichtbar sind und die komplexe Dynamik zusätzlich erschweren. Geyerhofer hat diese vier Bereiche 2006 als „Trichtermodell“ bezeichnet. Was bedeutet dies nun für einen konkreten systemischen Therapieansatz bei Burnout?

SPEZIFISCH SYSTEMISCHE THERAPIE DES BURNOUT-SYNDROMS

Im systemischen Kontext erforschen wir nach der Diagnosestellung nicht nur, wie in den zuvor beschriebenen verhaltenstherapeutischen Ansätzen, das Verhalten der Betroffenen, sondern analysieren die vier Ursachenfelder: „Was haben Sie selbst zu ihrem Burnout beigetragen? Wie verstärkt ihre Familie ihre Erschöpfung? Welche Faktoren am Arbeitsplatz fördern das Ausbrennen? Welche gesellschaftlichen Bedingungen tragen dazu bei, dass Sie Ihre Belastungsgrenzen überschreiten?“ (Geyerhofer/Unterholzer 2008: 192). Geyerhofer und Unterholzer bezeichnen diese vier Ursachenfelder als „eine Fundgrube für Interventionen in der Therapie und für Präventionsmaßnahmen“ (Geyerhofer/Unterholzer 2009b: 225) und betonen, wie hilfreich es sein kann, dies nicht nur im therapeutischen Setting mit den KlientInnen zu explorieren, sondern etwa in Form von Hausaufgaben die KlientInnen zu ermutigen, sich auch eine oder mehrere Außenperspektiven von FreundInnen oder KollegInnen einzuholen. Weiters betonen sie, wie sinnvoll die Zusammenarbeit mit PsychiaterInnen ist, „vor allem dann, wenn KlientInnen unter Schlafstörun-

gen, Ängsten oder Ruhelosigkeit leiden“ (Geyerhofer/Unterholzer 2009a: 7).

Ressourcenorientiert betrachtet ist festzuhalten, dass dieselben vier Bereiche, die die Entstehung eines Burnouts fördern können (die Person, die Familie/Partnerschaft, die Arbeitssituation und gesellschaftliche Faktoren), natürlich auch zu Ansatzpunkten für Prävention und in der Intervention werden können, wofür es nötig ist, diese vier Bereiche mit jedem Klienten detailliert zu analysieren:

Im Bereich Person arbeiten Geyerhofer und Unterholzer mit ihren KlientInnen ganz gezielt an kleinen Veränderungen, hier geht es ihnen etwa um Pauseneinteilungen oder Möglichkeiten, auf Störungen in verschiedenen Arbeitssituationen zu achten und zu reagieren, aber auch um Entspannungstechniken und darum, sich in der Freizeit nicht in berufsverwandten Feldern zu engagieren. Ziel ist es hier, eingegangene Quellen der Anerkennung (oft ist es nur die Arbeit) zu erweitern und durch die Suche nach Ausnahmen Ressourcen und Veränderungspotentiale zu entdecken. Das Wiederbeleben von in Vergessenheit geratenen Hobbys ist ebenso wichtig und führt meiner Erfahrung nach zu vielen schönen, berührenden Therapiemomenten. Methodisch bewähren sich hier auch Symptomverschreibungen und tranceinduzierte Leitsätze. Interventionen wie diese unterstützen Burnout-Betroffene dabei, „ihre Ansprüche zu reduzieren. Sie erleben sie als große Erleichterung und als Aha-Erlebnis: nichts passiert, wenn sie ihre Aufgabe nicht perfekt erledigen. Hintergrund dieser Hausübungen ist das Wissen, dass die eigenen Ansprüche von Burnout-KlientInnen oft höher sind als jene, die von außen an sie gestellt werden“ (Geyerhofer/Unterholzer 2009a: 9).

Auch die Externalisierung bewährt sich hier meines Erachtens wunderbar als Methode, und man kann mit den KlientInnen gut auf die Suche nach Verbündeten gegen das externalisierte Burnout gehen. In dieser Therapiephase habe ich auch schon sehr gute Erfahrungen mit Telearbeit gemacht, bei der verschiedene innere Anteile zu identifizieren waren, die an der Aufrechterhaltung des Burnouts interessiert sind, ebenso wie es auch schon

lange nicht mehr zu Wort gekommene innere Anteile geben kann, die gute Verbündete im Kampf gegen das Burnout sind.

Aus meiner Erfahrung heraus ist es aber auch wichtig, den Hintergrund von hohen Ansprüchen zu erfragen. Oft waren diese in früheren Lebenssituationen hilfreich, ja, manchmal hätten KlientInnen ohne ihren enormen Einsatz frühere Herausforderungen nicht bestanden. Meiner Erfahrung nach ist es wichtig, dann gut zu differenzieren und der Leistung von früher auch die Würdigung zu geben, die sie verdient. Bei einigen KlientInnen habe ich nämlich erlebt, dass erst danach ein gewisses Abwenden von ihren eigenen hohen Ansprüchen möglich war, das sie zuvor strikt abgelehnt hatten.

Im Bereich Familie/Partnerschaft gilt es zu klären, welche Bedeutung Leistung und Arbeit generell in der Herkunftsfamilie haben und hatten. Oft gibt es hier Belastungen wie Beziehungsprobleme, Schulden, Krankheit oder Betreuungsaufgaben für Angehörige. Oft ist es so, dass Aufgaben im Laufe der Zeit immer mehr geworden sind und KlientInnen das Wachsen der Aufgaben kaum bemerkt haben, bis nun alles zu viel wird. „Sich selbst die Erlaubnis zu geben oder sich das Einverständnis der Familie zu holen, um einen Teil dieser Aufgaben abgeben zu können, erfordert manchmal therapeutische Unterstützung - auch wenn die eigenen Belastungsgrenzen bereits überschritten sind“ (Geyerhofer/Unterholzer 2009a: 10). Ziel ist es, hier auch die Familie wieder als Ressource und Raum für Sinnlichkeit, Körperlichkeit, Spontaneität zu etablieren. Hier haben wir meiner Erfahrung nach gerade als systemische TherapeutInnen das Knowhow und die Erfahrung, um kurzfristig auch das Setting zu erweitern und paar- oder auch familientherapeutische Module in die Einzeltherapie zu integrieren. Bei den KlientInnen, bei denen ich das so gemacht habe, war es ausgesprochen hilfreich und hat dem gesamten Familiensystem sehr gut getan.

Im Bereich Arbeit analysieren Geyerhofer und Unterholzer dem Trichtermodell folgend mit Betroffenen deren Jobsituation, etwa mithilfe einer Flipchartabfrage, bei der „die sechs Faktoren (Arbeitsbelastung, Kontroll-

le/Einfluss, Anerkennung, Gemeinschaft, Fairness und Werte) auf ein Flipchart geschrieben und das Spannungsfeld Passung (Kongruenz) und Nicht-Passung (Inkongruenz)“ (Geyerhofer/Unterholzer 2008: 196) abgefragt werden. Dies ermöglicht auch eine gute Erzeugung von Unterschieden. Da Betroffene hier auch differenzieren und Belastungen konkretisieren können, sehen sie, dass nicht alle Bereiche im Argen liegen, oder sie erkennen, welche ArbeitskollegInnen eher burnoutfördernd sind, welche (vielleicht bisher kaum wahrgenommenen) ArbeitskollegInnen aber auch als Ressource dienen können. So können andere, oft viel relevantere Faktoren in den Blickpunkt rücken und so als Therapieinhalt konkret werden und nicht nur die meist im Fokus stehende Arbeitsbelastung. Wenn wir diesen Bereich „mit unseren KlientInnen ‚erforschen‘, ist es wichtig, sich auf jene Aspekte zu konzentrieren, die im therapeutischen Rahmen veränderbar sind“ (Geyerhofer/Unterholzer 2009a: 12). Gleichzeitig sind „Therapeuten aufgefordert - so unsere Erfahrung -, die Einschätzung des Veränderungspotentials durch Klienten kritisch zu hinterfragen. Es geht oft mehr als Betroffene glauben“ (Geyerhofer/Unterholzer 2009b: 227).

Der Bereich Gesellschaft ist im therapeutischen Kontext eine besondere Herausforderung, denn „natürlich spielen gesellschaftliche Normen und Standards in die Therapie hinein. Im Rahmen einer Therapie kann man gesellschaftliche Einflüsse und Bedingungen bewusst machen und dekonstruieren“ (Geyerhofer/Unterholzer 2009a: 124.).

Geyerhofer und Unterholzer eruieren hier die Passung zwischen den eigenen Ideen und Erwartungen der Klientinnen und den Normen und Mustern des gesellschaftlichen Systems. Wichtig ist es hier, die KlientInnen nicht zusätzlich unter Druck zu setzen, sondern ihnen den Druck der individuellen Verantwortung für gesellschaftliche Rahmenbedingungen zu nehmen. Der Enttabuisierung von Burnout kommt hier eine besondere Rolle zu, aber auch die „Dekonstruktion eindimensionaler Karrierebilder und ungesunder Leistungsbegriffe“ (Geyerhofer/Unterholzer 2009b: 227) ist ein wichtiges Element der systemischen Therapie Burnout-Betroffener.

MAG. WOLFGANG WILHELM, MAS, MSC,

ist Psychotherapeut (SF), Supervisor, Coach und eingetr. Mediator in Wien; Lektor an der Donau-Universität Krems, Generalsekretär der ÖGS, Berater an der Beratungsstelle Courage und Antidiskriminierungsbeauftragter der Stadt Wien. Kontakt: www.wolfgangwilhelm.at

BIBLIOGRAFIE

- Abel, Christoph / Schweitzer, Jochen / MATTHÄUS, Sabine. „Ein systemisch-lösungsorientiertes Präventionsprogramm“. In: Burnout. PiD-Psychotherapie im Dialog Nr. 3, September 2009, 10. Jg.; S. 245-250.
- Bauer, Joachim. „Burnout bei schulischen Lehrkräften“. In: Burnout. PiD-Psychotherapie im Dialog Nr. 3, September 2009, 10. Jg.; S. 251-255.
- Bergknapp, Andreas. „Systemische und organisationstheoretische Perspektiven“. In: Burnout. PiD-Psychotherapie im Dialog Nr. 3, September 2009, 10. Jg.; S. 240-244.
- Bergner, Thomas M.H. Burnout-Prävention. Sich selbst helfen - das 12-Stufen-Programm. Stuttgart: Schattauer, 2010.
- Beschoner, Petra / Schönfeldt-Lecuona, Carlos / Braun, Maxi / Pajonk, Frank-Gerald. „Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Perspektive“. In: Burnout. PiD-Psychotherapie im Dialog Nr. 3, September 2009, 10. Jg.; S. 215-221.
- Burisch, Matthias. Das Burnout-Syndrom. Heidelberg, Berlin: Springer, 2006.
- Dech, Heike. „Sozialmedizinische Aspekte von Burnout-Syndromen und psychosozialer Gesundheitsförderung als neuer Ansatz der Prävention“. In: Burnout. PiD-Psychotherapie im Dialog Nr. 3, September 2009, 10. Jg.; S. 209-214.
- Edelwich, Jerry / Brodsky, Archie. Ausgebrannt. Das Burnout-Syndrom in den Sozialberufen. Salzburg: AVM, 1984.
- Freudenberger, Herbert J. „Staff burn-out“. In: Journal of Social Issues, 1974, No. 30; p. 159-164.
- Geyerhofer, Stefan / Unterholzer, Carmen. „Burnout aus systemischer Sicht. Auf dem Weg zu einem systemischen Verständnis von Burnout und Erschöpfungssyndrom“. In: Systeme, 2008, Jg. 22 (2); S. 177-200.
- Geyerhofer, Stefan / Unterholzer, Carmen. „Systemische Ansätze in der Behandlung von Burnout. Hilfreiche Strategien im Umgang mit dem Burnout-Syndrom in Psychotherapie, Supervision und Coaching“. In: Systeme, 2009, Jg. 23 (1); S. 5-25. (= Geyerhofer/Unterholzer 2009a)
- Geyerhofer, Stefan / Unterholzer, Carmen. „Die Behandlung von Burnout - Individuum und Kontext“. In: Burnout. PiD-Psychotherapie im Dialog Nr. 3, September 2009, 10. Jg.; S. 222-229. (Geyerhofer/Unterholzer 2009b)
- Grossmann, Konrad P. Ein Tagebuch langsamer Therapie. Gedanken zu Psychotherapie und Evolution. Wien: Krammer, 2009.
- Hillert, Andreas / Marwitz, Michael. Die Burnout Epidemie oder Brennt die Leistungsgesellschaft aus? München: Beck, 2006.
- Jaggi, Ferdinand. Burnout - praxisnah. Stuttgart, New York: Georg Thieme, 2008.
- Kanfer, Frederic / Reinecker, Hans / Schmelzer, Dieter. Selbstmanagementtherapie. Heidelberg, Berlin, New York: Springer, 2005.
- Maslach, Christina / Jackson, Susan E. „The measurement of experiences burnout“. In: Journal of Occupational Behaviour 1981, 2; p. 99-113. (= Maslach/Jackson 1981a)
- Maslach, Christina / Jackson, Susan E. Maslach Burnout Inventory („Human Services Survey“). Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1981. (= Maslach/Jackson 1981b)
- Maslach, Christina / Leiter, Michael P. Die Wahrheit über Burnout. Stress am Arbeitsplatz und was Sie dagegen tun können. Wien, New York: Springer, 2001.
- Rössler, Wulf / Schulze, Beate. Das Zürcher Empowerment Programm, Stress-management und Burnout Prävention. Zürich: Eigendruck: Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Forschungsgruppe Public Mental Health, 2006.
- Schulze, Beate. „Energiekrise in der Arbeitswelt?“ In: Burnout. PiD-Psychotherapie im Dialog Nr 3, September 2009, 10. Jg.; S. 201-208.
- Weimer, Stefanie / Pöll, Maureen. Burnout - ein Behandlungsmanual. Baukastenmodul für Einzeltherapie und Gruppen, Klinik und Praxis. Stuttgart: Klett-Kotta, 2012.

LUST AUF EIN ABO?



Unsere Fachzeitschrift enthält **„systemische Wirkstoffe, die zirkulieren, nachhaltig wirken“** und über ein Abonnement regelmäßig zugeführt werden können.

Kosten für 4 Ausgaben pro Jahr:

€ 16,- (für AbsolventInnen € 12,-, für Studierende kostenlos)

Bei weiterem Interesse ersuchen wir freundlich um **Abo-Anmeldung:**

E-mail: administration@la-sf.at

Internet: www.la-sf.at

Post: Lehranstalt für systemische Familientherapie, 1130 Wien, Trauttmansdorfgasse 3a

Konto: Erste Bank Nr. 095 03234, BLZ 20111