

WOLFGANG LALOUSCHEK

MULTIPROFESSIONELLE BEHANDLUNG VON BURNOUT



BURNOUT ist in der heutigen Arbeitswelt ein gravierendes Problem. Man geht davon aus, dass sich manifeste Burnout-Symptome bei 6–7 Prozent aller ArbeitnehmerInnen nachweisen lassen, bei Risikogruppen (z. B. medizinische und soziale Berufe, service- und leistungsorientierten Berufsgruppen) kann dieser Prozentsatz 20 Prozent und mehr betragen. Neben schwerwiegenden Folgen für die Betroffenen hat Burnout auch massive Auswirkungen auf die Qualität der geleisteten Arbeit und negative ökonomische Folgen.

Die Kernsymptome von Burnout sind: (1) emotionale und körperliche Erschöpfung, (2) negative oder zynische Einstellung gegenüber KlientInnen, KollegInnen oder KundInnen (Depersonalisation) und (3) Leistungsabfall. In weiter fortgeschrittenen Stadien finden sich häufig begleitende psychische und körperliche Symptome und Erkrankungen, kognitive Einbußen und Änderungen des Verhaltens (s. Abb.). Neben den individuellen Auswirkungen finden sich auch beträchtliche soziale Folgen auf Ebene der Familie, von Freunden und durch zunehmenden Rückzug am Arbeitsplatz.

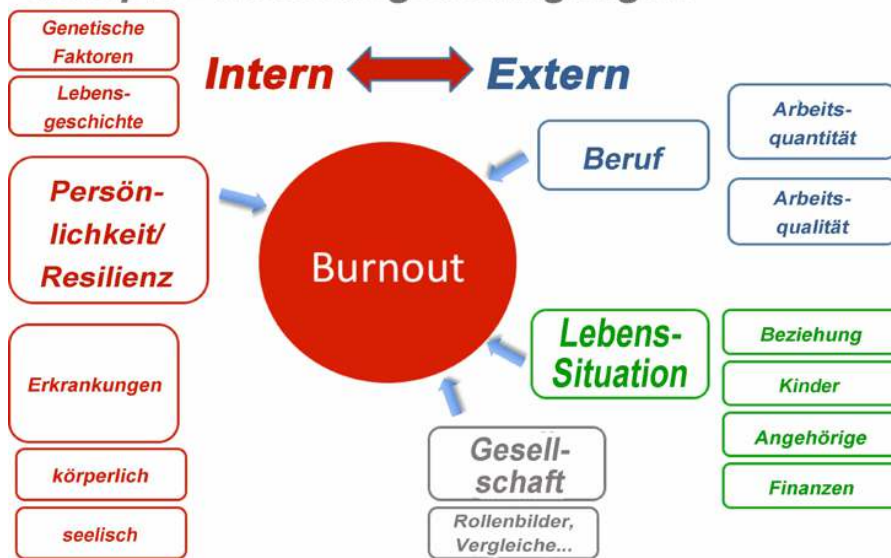
Burnout ist ein multifaktorielles Geschehen, in dem interne und externe Entstehungsbedingungen eine miteinander interagierende Rolle spielen. Zu den internen Faktoren fehlen neben genetischen Faktoren naturgemäß vor allem die individuelle Lebensgeschichte und vergangene Traumatisierungen, die letztlich in die Persönlichkeit und individuelle Resilienz münden. Aber auch bestehende organische oder psychische Erkrankungen sind zu berücksichtigen beziehungsweise können sich als „Burnout“ maskieren. Bei den

externen Entstehungsbedingungen wird häufig auf eine übermäßige, quantitative Anforderung Bezug genommen. Demgegenüber stellt jedoch eine dysfunktionale Arbeitsqualität häufig einen entscheidenden Faktor dar: Unfairness, mangelnde Gestaltungsmöglichkeiten, klare Rollen und Ziele, fehlende Wertschätzung und fehlendes Feedback, persönliche Enttäuschungen oder auch Wertekonflikte zwischen eigenen Werten und denen des Arbeitgebers spielen eine zentrale Rolle. Außerberufliche Belastungen in der Beziehung bzw. in der Familie, Verarmung des sozialen Umfelds oder finanzielle Belastungen sind mitunter sogar maßgeblicher bei der Entstehung von Burnout als berufliche Belastungen.

Schließlich spielen gesellschaftliche Faktoren ebenfalls eine wichtige Rolle: Ständige Vergleiche mit scheinbar idealtypischen Rollenbildern, Inszenierung eines negativen gesellschaftlichen Klimas durch schlagzeilengetriebene Medien, ein durch die multimediale Entwicklung bestehendes Gefühl, ständig erreichbar sein zu müssen, sind hier zu nennen. Im Vergleich zur Aufbaugeneration ist die Erhaltung des hohen Lebensstandards bzw. das Gefühl der Stagnation oder sogar Verschlechterung der ökonomischen Lage mit wesentlich stärkeren Verlu-

den verbunden. Dies führt zu einem Gefühl der Stagnation oder sogar Verschlechterung der ökonomischen Lage mit wesentlich stärkeren Verlusten.

Multiple Entstehungsbedingungen



stängsten verbunden (nicht zuletzt die zunehmende Konzentration von Besitz und Vermögen in einer kleinen Bevölkerungsgruppe und, damit einhergehend, eine Umverteilung von unten nach oben ist hier zu nennen); parallel dazu in Organisationen eine Umverteilung von Macht von unten nach oben bzw. Einschränkung von Mitbestimmungsmöglichkeiten (z. B. die Abschaffung des so genannten Mittelbaus im letzten UOG oder die zunehmende Schwächung von Gewerkschaften und Arbeitnehmervertretungen), die zu einem Gefühl des Ausgeliefertseins und der Ohnmacht führen.

DIE BURNOUT-SPIRALE

Burnout tritt nicht plötzlich auf, sondern ist gekennzeichnet durch eine schleichende Entwicklung. Am Beginn von Burnout stehen häufig idealistisches Überen-

gagement und besonderer Leistungswille. Allmählich beginnen jedoch Ermüdung und Frustration stärker zu werden, die Bereitschaft anderen zu helfen sinkt. Erste körperliche Symptome und Schlaf- oder Konzentrationsstörungen können auftreten. Gleichzeitig mit nachlassendem Engagement tritt auch eine depressive Grundstimmung immer mehr in den Vordergrund, oft gepaart mit gleichzeitiger Unruhe und Rastlosigkeit. Die Betroffenen werden ihrer Umwelt gegenüber zunehmend gleichgültig, auch enge Freundschaften und die Familie werden vernachlässigt, und das Leben verflacht zusehends. Spätestens zu diesem Zeitpunkt ist professionelle Hilfe dringend nötig. Auch das Gefühl, gar nicht mehr man selbst zu sein, gewissermaßen „neben sich zu stehen“ und der Eindruck einer inneren Leere machen sich breit. In den spätesten Stadien schließlich besteht eine schwere Depression bis hin zur



Selbstmordgefährdung, und eine stationäre Behandlung ist meist unumgänglich.

Der schleichende Beginn und die Verleugnung der Problematik machen es oft schwierig, Menschen im Burnout zu erreichen und ihnen helfen zu können.

MULTIPROFESSIONELLE PRÄVENTION UND BEHANDLUNG

Burnout ist ein multifaktorielles Geschehen, in dem medizinische und psychotherapeutische Aspekte eine wichtige, jedoch nicht die einzige, Rolle einnehmen. Neben der aktuellen Belastungssituation und dem Umgang damit (in den sehr stark lebensgeschichtliche Aspekte einfließen, die bis zurück in die Kindheit reichen können) ist eine adäquate Differenzialdiagnose und Behandlung bestehender organischer oder psychischer Erkrankungen wesentlich. Darüber hinaus sind konkrete Coping-Strategien zum Umgang mit den aktuellen Belastungsfaktoren und die Entwicklung von für die Person adäquaten Zielen essenziell. Weitere Aspekte sind der Lebensstil (Bewegung, Ernährung etc.), soziale Kontakte, aber mitunter auch finanzielle Aspekte.

Eine effektive und professionelle Begleitung von Burnout-Betroffenen sollte daher multiprofessionell sein. Dies kann im Rahmen eines spezialisierten Zentrums oder in einem Netzwerk stattfinden, in dem man bei

Bedarf zusammenarbeiten und weiter verweisen kann. Die Säulen der multiprofessionellen Prävention und Behandlung von Burnout sind 1. Medizin (Differentialdiagnose, erforderlichenfalls medikamentöse Behandlung), 2. Psychotherapie (Persönlichkeitsentwicklung, Umgang mit traumatisierenden Situationen) und 3. Coaching (präventiv, lösungsorientiert, Entwickeln konkreter Verbesserungsmaßnahmen).

Eine wesentliche **medizinische Aufgabe** liegt in der Differenzialdiagnose und Diagnostik begleitender Erkrankungen.

Zu den psychiatrischen Differenzialdiagnosen zählen vor allem depressive Störungen, bipolare Erkrankungen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen. Die bei diesen Erkrankungen vorliegenden Symptome können prinzipiell alle auch bei Burnout auftreten. Einen entscheidenden Hinweis liefert hier die genaue Anamnese: Gab es ähnliche Episoden in der Vergangenheit? Gab es hypomanische oder manische Episoden? Liegt überhaupt eine nachvollziehbare Belastungssituation vor? Typisch für Burnout ist jedenfalls der schleichende, über Monate und Jahre gehende, Verlauf bei Menschen, die ursprünglich oft einsatzfreudig und ausgeglichen waren. Selbstverständlich sind Überlappungen zwischen den genannten Erkrankungen und Burnout eher die Regel

als die Ausnahme. Keinesfalls sollte die immer wieder geäußerte Ansicht, dass jedes Burnout letztlich eine Form der Depression sei, dazu verleiten, ausschließlich eine antidepressive Medikation zu verordnen.

Auch somatische Erkrankungen, wie z.B. eine Anämie als Ursache eines Erschöpfungsgefühls oder eine Schilddrüsenüberfunktion mit Nervosität und Schlafstörungen, erfordern eine adäquate medizinische Differenzialdiagnostik.

Sinnvoll sind **folgende Basisuntersuchungen**:

- Körperliche Untersuchung
- Blutdruckmessung, Herzfrequenz
- Laboruntersuchungen: Blutbild, Na, K,
- Blutzucker, Kreatinin, Transaminasen, Eisenstatus, TSH (ev. gleichzeitig Bestim-

<p>Medizinische Behandlung</p> <p>Differenzialdiagnose, somatische und psychiatrische Erkrankungen, medikamentöse Therapie</p>	<p>Psychotherapie</p> <p>in fortgeschrittenen Stadien, traumatische Ereignisse/ Hintergründe</p>
<p>Coaching</p> <p>Präventiv bzw. in frühen Stadien; begleitend zu medizinischer Behandlung; beim Wiedereinstieg</p>	<p>Körperorientierte Methoden und Entspannungstechniken</p> <p>(z.B. neurovegetative osteopathische Behandlung, Shiatsu, Massage, autogenes Training, Biofeedback, Meditation)</p>
<p>Lebensstilmodifikation</p> <p>Ernährung, Bewegung/Fitness</p>	<p>Sonstiges</p> <p>Finanzberatung, Rechtsberatung (Arbeitsrecht)</p>

mung vaskulärer Risikofaktoren wie Cholesterin, HDL, LDL, Triglyzeride)

Erweiterte Untersuchungen je nach Beschwerdebild:

- Neurologischer Status, neurologisch orientierte Diagnostik (Bildgebung, Neuropsychologie)
- Langzeit-EKG, Langzeit-RR-Messung
- Infektiologische Untersuchung (HIV, Hepatitis, Borrelien etc)
- Hormonstatus
- Stressdiagnostik

Neben der Differentialdiagnose erfordern aber vor allem fortgeschrittene Burnout-Stadien auch immer wieder eine medikamentöse Behandlung, vor allem zur Behandlung von Schlafstörungen, depressiven Störungen, Angstzuständen und kardio-vegetativen Begleiterscheinungen.

Der Einsatz einer medikamentösen Therapie sollte differenziert und nach individueller Abwägung – in Absprache mit dem Patienten – erfolgen. Es ist zu bedenken, dass Burnout nicht nur als möglichst rasch zu beseitigende pathologische Störung zu betrachten ist, sondern oft viel mehr als Ausdruck einer Lebenskrise, die den Betroffenen vor die Notwendigkeit – aber auch die Chance – zur grundlegenden Reflexion der eigenen Lebensgestaltung und -ziele stellt. Praktisch jedes Burnout in mittleren oder fortgeschritteneren Stadien geht mit depressiven Symptomen einher. So wichtig die antidepressive medikamentöse Therapie in vielen Fällen sein mag, sollte sie nicht als zeitsparende und unkomplizierte Symptom-Bekämpfung gesehen werden, die den Arzt vor „mühsamen“ oder „unnötigen“ Gesprächen bewahrt und PatientInnen rasch wieder funktionsfähig macht. Dieser Zugang wäre vergleichbar mit dem „Gesundspritzen“ eines verletzten Sportlers, damit dieser möglichst rasch wieder am Wettkampf teilnehmen kann – mit all den gravierenden gesundheitlichen Folgen, wie sie bei Profisportlern hinlänglich bekannt sind. Die medikamentöse Behandlung ist vor allem bei manifester Depression und wenn der Patient gar nicht mehr in der Lage scheint, auch eine lösungsorientierte bzw. veränderungsorientierte Haltung einzunehmen, bei ausgeprägten Angststörungen oder bei ausgeprägteren Schlafstörungen angezeigt. Hier kommen in erster Linie sero-

tonerge Antidepressiva (Selektive Serotonin Reuptake Inhibitoren; SSRI), duale Antidepressiva (Serotonin-Noradrenalin Reuptake Inhibitoren; SNRI) oder ein Noradrenalin-Dopamin Reuptake Inhibitor, wie auch schlaffördernde Antidepressiva (Trazodon, Mirtazapin, Amitriptylin) in Frage. Benzodiazepine sollten aufgrund des Abhängigkeitsrisikos möglichst sparsam und kurzzeitig gegeben werden. Zolpidem ist für eine vorübergehende, milde Schlafförderung ebenfalls möglich, auch hier besteht aber ein Gewöhnungsrisiko. Das Neuroleptikum Quetiapin ist niedrig dosiert eine weitere Möglichkeit zur Schlafförderung.

Ebenso sind mögliche organische (Mit-)Ursachen des Beschwerdebildes auszuschließen (z. B. Schilddrüsenfunktionsstörung, Anämie). Die Analyse der Herzratenvariabilität (HRV) unter standardisierten Messbedingungen bietet eine physiologisch basierte Einschätzung des vegetativen Zustandes und der Regenerationsfähigkeit.

PSYCHOTHERAPIE UND COACHING

Zu den hier beschriebenen Maßnahmen von Therapie und Begleitung von Burnout-PatientInnen ist festzustellen, dass es für Burnout sowohl in medizinischer als auch in psychotherapeutischer und sonstiger Hinsicht kaum ausreichend nachgewiesene und für Burnout spezifische Behandlungsverfahren oder gar den Nachweis der Überlegenheit bestimmter Behandlungsverfahren gegenüber anderen gibt. Sowohl für medikamentöse und psychotherapeutische Verfahren als auch für bestimmte Entspannungstechniken gibt es wohl in kleineren Studien Hinweise für deren Wirksamkeit. Es wäre jedoch meiner Ansicht nach nicht sinnvoll, gerade und ausschließlich diese Verfahren zu empfehlen, nur weil es für andere, die wahrscheinlich mindestens genauso wirksam sind bzw. für die es aus anderen Indikationsgebieten (z. B. Depressionen, Angststörungen) ausreichend Wirkungsnachweise gibt, noch keine spezifische Burnout-Studien gibt. Da Burnout (noch) nicht als eigenständige Erkrankung definiert ist, ist es nicht wahrscheinlich, dass es in absehbarer Zeit eine ausreichende Evidenz verschiedener Behandlungsverfahren im Vergleich in dieser Indikation geben wird. Ausführliche Darstellungen bisheriger Burnout spezifischer Studien

zu einzelnen Behandlungsverfahren haben hier aus Platzgründen, so nicht gesondert ausgewiesen, keinen Eingang gefunden. Aus diesem Grund ist festzuhalten, dass die in diesem Abschnitt beschriebenen Verfahren auch der subjektiven Meinung und Erfahrung des Autors aus der Therapie und Begleitung von Burnout-PatientInnen erwachsen.

In der Entstehung von Burnout spielen Faktoren der Persönlichkeit und Lebensgeschichte eine große Rolle (siehe „innere Auslösebedingungen“). Die Unterstützung der Persönlichkeitsentwicklung ist daher in der Behandlung und Begleitung von Burnout-PatientInnen ein zentraler Ansatzpunkt. Ähnlich wie bei Antidepressiva ist es jedoch keineswegs so, dass alle Burnout-PatientInnen „automatisch“ eine meist lange dauernde, sowohl zeit- als auch kostenintensive,

Psychotherapie benötigen. Zahlreiche Burnout-PatientInnen erlangen durch kurzzeitorientierte, lösungsorientierte Beratung, für die der Begriff Coaching besser zutreffen würde, ausreichende Strategien und Kompetenzen, um die eigene Lebensgestaltung wieder in den Griff zu bekommen.

Voraussetzung für die Anwendung derartiger kurzzeitorientierter Verfahren ist allerdings in jedem Fall eine seriöse und professionelle ärztliche und psychologische Abklärung möglicher Differentialdiagnosen, organischer psychiatrischer Begleiterkrankungen und der Schwere des Zustandes. Länger dauernde Psychotherapien sind z. B. angezeigt, wenn sich lebensgeschichtliche Traumatisierungen als relevant für das Zustandekommen der Burnout-Situation erweisen – andererseits bei PatientInnen, die aufgrund der Schwere des Burnout-Zustandes nicht in der Lage sind, kurzzeit- und lösungsorientiert zu arbeiten, sondern ein höheres Maß an externer Unterstützung benötigen, oder auch bei PatientInnen, bei denen aufgrund tief sitzender und starker dysfunktionaler Persönlichkeits- und Verhaltensmuster ein ausschließlich lösungs- und zukunftsorientierter Be-

ratungsansatz mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einem Rückfall oder gar einer Verstärkung dieser Verhaltensmuster führen würde.

Unabhängig von der gewählten Methode gibt es einige, bei den meisten PatientInnen sinnvolle, Maßnahmen auf der Verhaltensebene. Diese umfassen die folgenden Bereiche:

(1) BERUFS-/ARBEITSBEZOGENE MASSNAHMEN:

- Klärung des eigenen Handlungsspielraums zur aktiven Gestaltung des beruflichen Umfelds (wie ist der eigene Einflussbereich?)
- Wahrnehmung eigener Grenzen und Setzen von Grenzen; Nein-sagen; Delegieren
- realistische Einteilung des Arbeitspensums

REPRODUZIERBARE METHODEN ZUR OBJEKTIVIERUNG DES VORLIEGENS VON STRESSREAKTIONEN DES ORGANISMUS SIND IN DER BEGLEITUNG VON BURNOUT-PATIENTINNEN SEHR HILFREICH. SIE ERGÄNZEN DIE SUBJEKTIVE SCHILDERUNG, UND DIE EFFEKTIVITÄT KANN ALS OBJEKTIVER VERLAUFPARAMETER DER GEWÄHLTEN THERAPIEN/MASSNAHMEN BEURTEILT WERDEN.

- Zeitmanagement: z. B. Unangenehmes nicht aufschieben; feste Zeiten einplanen
- Klare Trennung zwischen Beruf und Privatleben
- Erholungsphasen: Pausen, Urlaube
- Aufmerksamkeit gegenüber dem eigenen körperlichen Zustand
- Praxisbezogene Aus- und Weiterbildung
- Klärung bestehender Konflikte
- Reflexionsmöglichkeiten, z. B. Supervision
- Nötigenfalls berufliche Neuorientierung

(2) STÄRKUNG DES SOZIALEN UMFELDS/RÜCKHALTS:

- Familie
- Freunde
- Austausch mit KollegInnen
- Feedback annehmen

(3) STÄRKUNG DES ICH-BEREICHS

- Klären der eigenen Ziele und Erwartungen
 - an das Leben
 - an die Arbeit
- Beachtung eigener Ressourcen und Grenzen
- Ausreichend Zeit für sich selbst
- Lebensstil: Ernährungsgewohnheiten, Suchtmittel, körperlicher Ausgleich
- Entspannungstechniken
- Pflegen von Hobbys und Schutz des Ich-Bereichs

STRESS-DIAGNOSTIK BEI BURNOUT

Übermäßiger Stress spielt in der Entstehung des Burnout-Syndroms eine zentrale Rolle. Das Gefühl, unter übermäßigem Stress zu leiden, ist aufgrund der zentralen Rolle der individuellen Stressbewertung notwendigerweise subjektiv.

Reproduzierbare Methoden zur Objektivierung des Vorliegens von Stressreaktionen des Organismus sind in der Begleitung von Burnout-PatientInnen sehr hilfreich. Sie liefern wesentliche Zusatzinformationen, ergänzen die

subjektive Schilderung, und die Effektivität kann als objektiver Verlaufparameter der gewählten Therapien/ Maßnahmen beurteilt werden. Im Folgenden wird vor allem die Messung der Herzratenvariabilität als wissenschaftlich fundierte Methode vorgestellt.

HERZRATENVARIABILITÄT (HRV)

Bei der vegetativen Steuerung des Herzschlags stehen Sympathikus und Parasympathikus in ständiger Wechselwirkung. Deshalb ist die Herzfrequenz eines gesunden Menschen immer leicht unregelmäßig.

Es ist seit langem bekannt, dass eine verminderte HRV bei PatientInnen nach Myokardinfarkt mit einem erhöhten Risiko eines plötzlichen Herztodes einhergeht.

Weniger bekannt ist, dass die HRV auch in der Diagnostik von Stress und Burnout-Syndrom wichtige Informationen liefert. Durch mathematische Analyse der dem Herzschlag unterlagerten Frequenzspektren können:

- das Ausmaß der Sympathikus- und Parasympathikus-Aktivität in der Regulation des Herzschlags festgestellt,

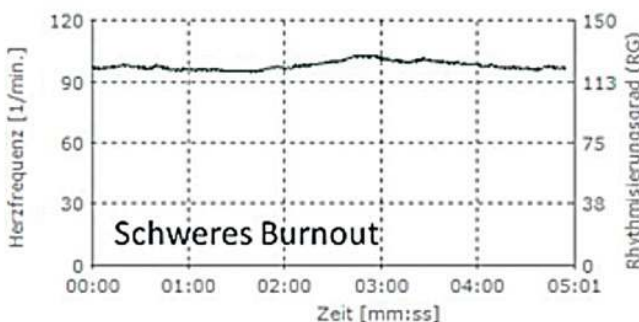
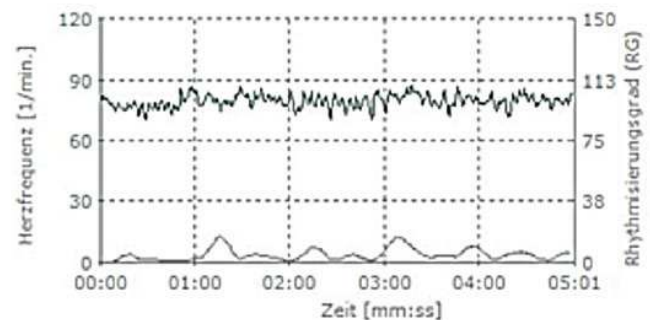
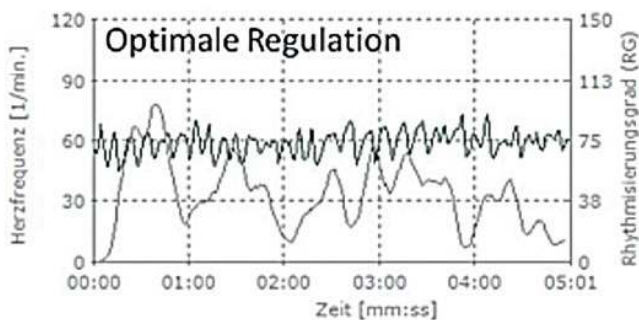


Abb. Messung der HRV über fünf Minuten bei einem Patienten.

Dargestellt sind die HRV Kurven bei optimaler Regulation, bei schwerem Burnout und das individuelle Messergebnis samt Einstufung innerhalb der Altersgruppe. (Die graue Kurve stellt den berechneten Rhythmisierungsgrad zwischen Herzschlag und Atmung dar.)

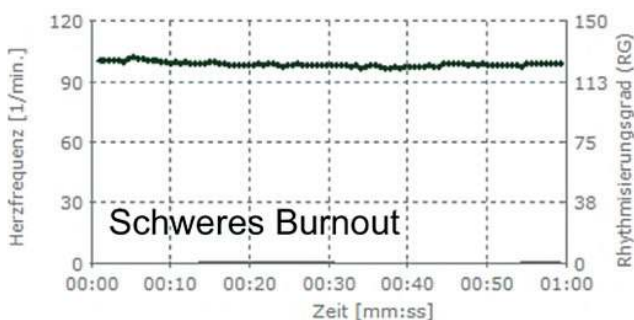
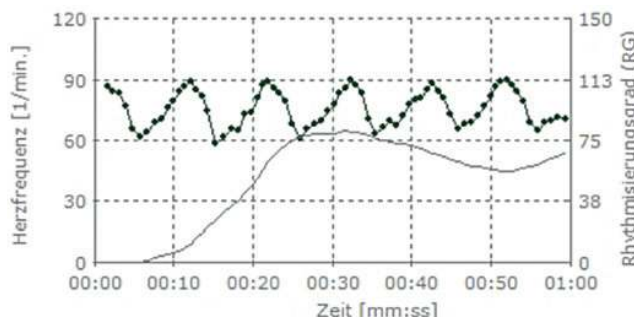
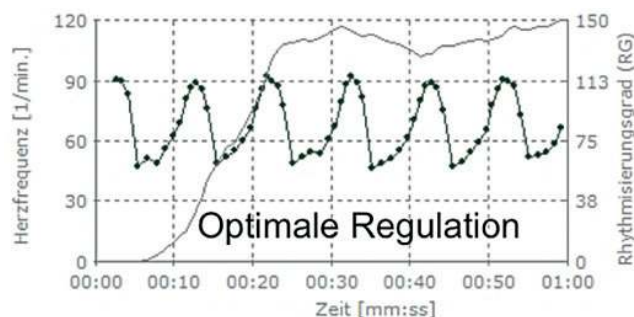


Abb. Messung der RSA (respiratorische Sinusarrhythmie) über fünf Minuten bei einem Patienten.

Dargestellt sind die HRV Kurven bei optimaler Regulation, bei schwerem Burnout und das individuelle Messergebnis samt Einstufung innerhalb der Altersgruppe. (Die graue Kurve stellt den berechneten Rhythmisierungsgrad zwischen Herzschlag und Atmung dar.)

- akute und chronische Belastungssituationen voneinander differenziert und
- das Ausmaß der Regenerationsfähigkeit eingeschätzt werden.

Die Kurzzeitmessung der HRV bietet eine wissenschaftlich standardisierte und validierte Einschätzung der momentanen Stressverarbeitung (5-Minuten Ableitung in Ruhe), sowie der parasympathischen Aktivierbarkeit (1 min Messung unter vertiefter Atmung). Das Ausmaß der parasympathischen Aktivität bzw. Aktivierbarkeit gilt nach neuen Erkenntnissen als der aussagekräftigste Parameter für die Stressresistenz und Regenerationsfähigkeit einer Person (siehe Abb. auf S. 27).

Die Langzeitmessung der HRV über 24 Stunden bietet darüber hinaus die Möglichkeit einer Korrelation der Stressverarbeitung mit bestimmten Situationen des Alltags, sowie der vegetativen Regulation in der Nacht.

Eine Beurteilung der HRV ist nur in Kenntnis des Kontextes sinnvoll, da eine geringe HRV nicht gleichbedeutend mit einer psychischen Stressbelastung ist, sondern auch durch organische Faktoren oder auch Medikamen-

te bedingt sein kann. Dementsprechend kann durch eine alleinige Messung der HRV ein Burnout nicht zweifelsfrei diagnostiziert bzw. ausgeschlossen werden. Dennoch liefert die objektive Bestimmung des vegetativen Funktionsniveaus wertvolle Hinweise, welche die Erhebung der subjektiven Befindlichkeit sinnvoll ergänzt und eine verbesserte Planung sinnvoller Behandlungsmaßnahmen ermöglicht.

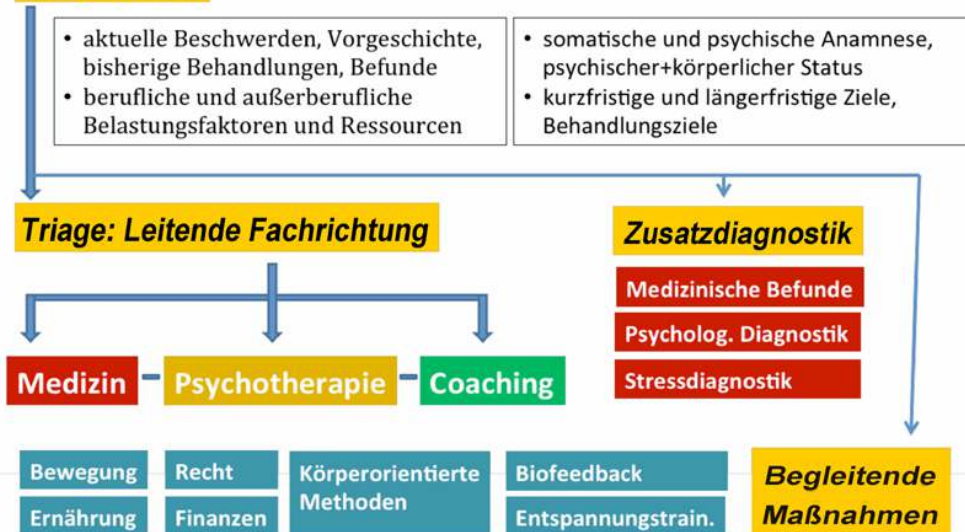
Besonders für Arbeitsmediziner mag interessant sein, dass die HRV auch systematisch in Organisationen bzw. Unternehmen gemessen werden kann. Hierbei werden Mittelwerte über die gemessenen Werte erstellt und mit anderen Parametern wie Abteilung, Altersgruppe, Führungsebene in Beziehung gesetzt. Auf diese Weise werden Zusammenhänge zwischen Unternehmensparametern und Stressbelastung der Mitarbeiter erkennbar.

Eine Häufung kritischer Belastungswerte kann sichtbar gemacht werden.

Diese können wiederum als Diskussionsgrundlage für wichtige Veränderungen in Organisationen dienen.

Multiprofessionelle Therapie

Erstgespräch



WEITERE ASPEKTE

Ergänzend zu den genannten Verfahren von Diagnostik und Behandlung – aber nicht als alleinige Behandlungsform – sind Entspannungstechniken und körperorientierte Verfahren (z. B. Yoga, Shiatsu, Craniosacraltherapie etc.) oft hilfreich.

Wesentlich ist das Augenmerk auf Lebensstilmodifikationen (Bewegung, Ernährung, Suchtmittelgebrauch) wie auch auf das Freizeitverhalten und die Stärkung des sozialen Umfelds, vor allem der partnerschaftlichen Beziehung und der Beziehung zu anderen nahestehenden Menschen.

Die Abbildung oben zeigt beispielhaft ein Ablaufdiagramm eines multiprofessionellen Ansatzes. Dieser kann entweder über einen längeren Zeitraum erfolgen oder auch im Rahmen einer sechswöchigen ambulanten Intensivbehandlung, die gerade für berufstätige Menschen bzw. auch aus Sicht des Arbeitgebers eine einerseits individuelle, aber auch effiziente Behandlungsform darstellt.

- Ambulante Intensivbehandlung 6 Wochen
- Erstgespräch inkl. medizinischer Beurteilung sowie psychologischer und psychovegetativer Diagnostik
- Einzelcoaching und Gruppencoaching wöchentlich
- Erlernen von Entspannungsmethoden
- Bewegungstraining und Ernährungsberatung
- körperorientierte Therapie
- Abschlussgespräch und Planung des weiteren Vorgehens (Psychotherapie, Coaching, med. Therapie, arbeits-/belastungsbezogene Maßnahmen etc.)

UNIV.-PROF. DR. WOLFGANG LALOUSCHEK

Facharzt für Neurologie, Systemischer Coach; medizinischer Leiter des The Tree Gesundheitszentrum und Consulting GmbH
 Fasholdgasse 3/7, A-1130 Wien
 Tel: 01 90 89 901
www.thetree.at

