

Behandlungsmöglichkeiten von Burnout*

Interventionsstil in einer strukturierten tiefenpsychologischen Gruppentherapie (STG)

Lothar Schattenburg

„Wenn nämlich einer auf Widmanns Ebene kein Workaholic ist, gerät er leicht in den Verdacht, nicht überlastet zu sein. Überlastung ist jedoch das untrüglichs-te Anzeichen für Unersetzlichkeit. Jemand, der nicht überlastet ist, macht einen Job, den auch andere erledigen können.“

Martin Suter (2005, S. 92)

Zusammenfassung

Epidemiologische Daten zur Burnout-Thematik werden referiert. Einige Untersuchungen verweisen auf besorgniserregende Zahlen. 30–35 % der deutschen Lehrer, 40–60 % der deutschen Pflegekräfte und 15–30 % der deutschen Ärzte sollen unter Burnout leiden. Von 35 Millionen abhängig Beschäftigten in Deutschland würden nur 12 % motiviert in ihrem Unternehmen arbeiten. Viele Arbeitnehmer leiden unter den ausgeprägten Störungen einiger Chefs und einem Teil der wirtschaftlichen Elite, die sich offenkundig von den Befindlichkeiten der Arbeitnehmer auf Dauer verabschiedet hat. Das Konzept der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt wird vorgestellt, die seit vielen Jahren Burnout-Patienten behandelt. Inhalte und Struktur der berufsbezogenen Therapiegruppe bei der Behandlung dieser Patientengruppe werden im Detail und anhand von zwei Kasuistiken erläutert. Ergebnisse der Katamnesen werden diskutiert. Im Fazit wird betont, dass nicht nur die individuelle Behandlung dieser Patienten, sondern auch institutionelle Bemühungen in Form von Gesundheitszirkeln und Supervisionsgruppen von großer Bedeutung sind. Die Prävention sollte gestärkt werden.

Schlüsselwörter

Epidemiologie, Inhalte und Struktur einer berufsbezogenen Therapiegruppe, Tiefenpsychologie, Kasuistik, Katamnese, Prävention.

Abstract

Treatment of Burnout. Interventions in a structured psychodynamic group-psychotherapy

Epidemiological data show an alarming development of burnout-symptoms. Some research resumes that 30–35 % of the german teachers, 40–60 % of the german nurses and 15–30 % of the german doctors should suffer from burnout-symptoms. Only 15 % of the 35 millions employees in Germany would go to work with a good motivation. Many employees are suffering from the pathology of some bosses and they are upset with a part of an economic elite which neglects continuously the interests of the employees. The concept of the Psychosomatic Clinic Bad Neustadt which treats burnout-patient for a long time will be described. Contents and the structure of the psychodynamic grouptherapy with an emphasis on work related conflicts are focused in detail. Two vignettes illustrate the concept. Results of an evaluation study are presented. The summary states that it is not only important to treat individuals but it is also very important to implement health oriented circles and supervision in institutions. Prevention should be supported.

Key words

Epidemiology, contents and structure of a psychodynamic grouptherapy, work-related conflicts, vignettes, evaluation, prevention.

1. Epidemiologische Ausgangslage

Jeder, der beruflich mit Patienten zu tun hat, hört die häufigen Klagen über Erschöpfung, ausgeprägten Frust, mangelnden Antrieb, starken Konzentrationsproblemen, Lebensüberdrussgedanken und der Angst vor der Arbeit, den Kollegen oder Chefs. Literarisch werden diese Symptome einfühlsam und auch ironisch durch den Schweizer Martin Suter aufs Korn genommen. Nach einer Untersuchung durch Rössing (zitiert von Jaggi, 2008) leiden an Burnout: 30–35 % der deutschen Leh-

* Überarbeiteter Vortrag – gehalten auf der von der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin am Klinikum Nürnberg ausgerichteten Tagung über „Burnout“ am 28. Mai 2008. Ich danke Prof. Dr. med. M.E. Beutel und Dr.phil. R. Zwerenz (Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universität Mainz) und Dr.med. R.J.Knickenberg und den Sozialpädagoginnen Frau Vorndran und Frau Beer (Psychosomatische Klinik Bad Neustadt) für ihre wertvollen Anregungen und Unterstützung im *Projekt für Berufsbezogene Behandlungsansätze in der medizinischen Rehabilitation*.

rer, 40–60 % der deutschen Pflegenden und 15–30 % der deutschen Ärzte. Nun kennen wir das Bonmot von Churchill: „Traue nur der Statistik, die Du selbst gefälscht hast.“ Auch wenn wir diese überaus beeindruckenden Zahlen kritisch sehen, so kann doch festgehalten werden, dass es sich beim Burnout um eine besorgniserregende Entwicklung handelt. Die Frage, ob die Burnout-Symptomatik in den letzten Jahrzehnten angestiegen ist oder sich „nur“ das Bewusstsein um diese Symptomatik verfeinert hat, ist wissenschaftlich umstritten.

Unabhängig von dieser Frage legt die klinische Arbeitspsychologie allerdings eindrucksvolle Zahlen vor. In einer Studie von Goehring (zitiert von Jaggi, 2008) weisen bei 1784 Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung in der Schweiz 31 % eine erhöhte emotionale Erschöpfung oder Depersonalisation und 5 % ein hochgradiges Burnout auf. Das wissenschaftliche Institut der AOK führt seit 1995 Untersuchungen durch. Insgesamt wurden 20203 Personen unter Verwendung standardisierter Fragebogen befragt. 45,3 % der Befragten gaben Rückenschmerzen an, 34,0 % muskuläre Verspannungen sowie 33,9 % Müdigkeit und Abgeschlagenheit als gesundheitliche Probleme. Ein schlechtes Betriebsklima, mangelnde Arbeitszufriedenheit und Schichtarbeit korrelieren mit diesen Symptomen (Hillert & Marwitz, 2006, S. 211ff.)

DER SPIEGEL (2008) veröffentlichte ganz aktuell folgende Zahlen: Von den 35 Millionen abhängig Beschäftigten in Deutschland würden nur 12 % motiviert in ihrem Unternehmen arbeiten, mehr als zwei Drittel Dienst nach Vorschrift machen und jeder Fünfte würde innerlich bereits gekündigt haben. Natürlich müssen auch diese Zahlen kritisch bewertet werden. In einer Umfrage wird seinem Unternehmen gerne einmal bei einer anonymisierten Frage „eins ausgewischt“, dennoch sind diese Befragungen für die klinische Arbeitspsychologie und psychosomatische Medizin von eminenter Bedeutung. Ferner leiden viele Arbeitnehmer unter den ausgeprägten psychischen Störungen mancher Chefs und einem Teil einer wirtschaftlichen Elite, die sich von den Arbeitnehmern abgekoppelt hat (Dammann, 2007). Walter und Lukoschat (2008) zeigen in ihrer Untersuchung an „neuen Paaren“, dass 56 % der Mütter und 47 % der Väter mit der eigenen Work-Life-Balance unzufrieden sind und sich mehr Zeit für die Familie wünschen würden. In dieser Studie wurden 1.220 Frauen und Männer befragt, die in Paaren mit Kindern leben, in denen beide Partner eine Fach- oder Führungsposition ausüben oder anstreben.

Im April 2008 stellte der Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen im Tagungszentrum der Bundespressekonferenz in Berlin seinen Bericht zur psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz in Deutschland vor. Während die Zahl der Arbeitsunfälle zurückgeht, nimmt die der psychischen und Verhaltensstörungen drastisch zu. Ihr Anteil an den Ausfalltagen ist von 6,6 % auf 10,5 % angewachsen (Schaffmann, 2008).

2. Persönlichkeitspsychologische Aspekte

Die Gründe, in ein Burnout zu fallen, sind natürlich vielfältig. Wir können ganz grob zwei auslösende Faktoren unterscheiden: einen *gesellschaftlichen Faktor* dergestalt, dass die Arbeitnehmer durch die Angst vor einer möglichen Schließung oder

Kündigungswelle so unter Druck gesetzt werden, dass auch ein mehr oder weniger psychisch stabiler Mensch in die psychische Dekompensation gerät. Skandinavische Studien zeigen, dass bei einer bevorstehenden Kündigungswelle die „survivors“ langfristig eine höhere Herzinfarktquote aufweisen als die Entlassenen. Und einen *neurotischen Faktor*, der sich gründet auf ungünstige Persönlichkeitseigenschaften wie z. B. überwertiger Perfektionismus, Zwanghaftigkeit, Ehrgeiz, unbewältigte biografische Erlebnisse usw. Diesen neurotischen Faktor bei der Entwicklung des Burnouts haben die Persönlichkeitspsychologen Schaarschmidt und Fischer (1996) in ihrem Test AVEM (Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster) herausgearbeitet. Sie unterscheiden 4 Muster: Muster G (Gesundheit), S (Schonung), A (Risiko i.S. der Selbstüberforderung) und B (Risiko i.S. von Resignation und Depression). *Das Muster B verweist auf Burnout*. Dieses Muster B ist gekennzeichnet durch niedrige Werte bei den Skalen: Bedeutsamkeit der Arbeit, beruflicher Ehrgeiz und offensive Problembewältigung bei gleichzeitig erhöhter Resignationstendenz.

Der therapeutische Fokus bestimmt sich nun nach dem dominierenden Auslösefaktor. Bei einem Lehrer, der eine feste Stelle hat und in ein Burnout gerutscht ist, wird der Fokus auf seine möglichen neurotischen Persönlichkeitsanteile wie überzogener Perfektionismus liegen. Eine Englischlehrerin wird darin unterstützt, ihre Kriterien an eine Shakespeare-Interpretation zu relativieren. Bei einem Angestellten von Nokia, dessen Werk geschlossen wurde, wird der Fokus darauf gerichtet sein, mit diesem Schicksalsschlag fertig zu werden. Hier könnte die Copingstrategie z. B. darin liegen, die Kündigung nicht als ein individuelles Versagen zu bewerten. Natürlich können auch gesellschaftliche Ereignisse wie das Schließen eines Werkes schlummernde neurotische unverarbeitete Persönlichkeitsanteile reaktivieren, was zu einer psychischen Dekompensation führen kann. Hier muss die Auslösesituation auf unterschwellige Konflikte bezogen werden.

3. Stationäre psychosomatische Rehabilitation

Repräsentative Erhebungen (Zok, 2004) ergaben, dass psychosomatische Belastungen wie Arbeitsplatzunsicherheit, Konzentrationsanforderungen, soziale Stressoren und Konflikte in der berufstätigen Bevölkerung zunehmen. Berufsbezogene Belastungen haben auch bei den Patienten in der medizinischen Rehabilitation einen hohen Stellenwert (Müller-Fahnow et al., 2006). Arbeitsbewältigung, unsichere berufliche Perspektiven oder der Umgang mit neuen Technologien zählen zu den häufigsten Problembereichen, die Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation bei Aufnahme angeben. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung beklagen diese nicht nur vermehrte nervliche Anspannung, sondern auch gehäufte Konflikte mit Vorgesetzten; gleichzeitig stehen ihnen gute Beziehungen zu Kollegen als Ressourcen weit seltener zur Verfügung (Zwerenz et al., 2004). Auf der Folie dieser Ausgangsdaten gibt es in der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt – Abteilung für Rehabilitation seit vielen Jahren einen berufsbezogenen Schwerpunkt, der sich u. a. zusammensetzt aus zwei parallel laufenden berufsbezogenen Therapiegruppen und der Belastungserprobung. Dieser Schwerpunkt wird in enger Zusammenarbeit mit

der Psychosomatischen Klinik – Abteilung für Rehabilitation und der Arbeitsgruppe um Prof. Dr. M. Beutel und Dr. phil. R. Zwerenz (Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität Mainz) erforscht (Beutel et al., 2006; Beutel et al., 2007; Knickenberg et al., 2007; Zwerenz, 2005). An der Erstellung von Manualen zur Behandlung von Problemen am Arbeitsplatz wird intensiv gearbeitet (Beutel et al., 2008).

4. Das Konzept der strukturierten tiefenpsychologischen Gruppentherapie (STG) bei der Behandlung von berufsbezogenen Problemen

Die Patienten werden nach einem Screening auf Station unserer berufsbezogenen Therapiegruppe zugeordnet. Zu den Zuweisungskriterien gehören u. a. berufliche Probleme am Arbeitsplatz, Ärger mit dem Chef und/oder den Kollegen, Stress am Arbeitsplatz, Burnout, berufliche Identitätskrisen usw. Tiefenpsychologisch ist die Gruppe insofern ausgerichtet, als keine festen Module pro Sitzung abgearbeitet werden – wie in einer klassisch durchgeführten verhaltenstherapeutisch orientierten Gruppentherapie. Konzepte der Übertragung und Gegenübertragung spielen eine wichtige Rolle. Der Gruppenleiter stellt sich als Übertragungsfigur zur Verfügung, plötzlich ist er ein „leitender Angestellter aus der Konzernzentrale“, der den Patienten in die Erschöpfung treibt. Folgende Inhalte prägen unsere berufsbezogene Therapiegruppe (BTG):

- Motivation zur Auseinandersetzung mit beruflichen Problemen
- Positive/negative Erfahrungen im Beruf (Bilanzierung)
- Persönliche Vorstellungen und Ideale
- Illusionäre Vorstellungen und infantile Ansprüche an die Berufswelt
- Parallelen im Verhalten (beruflich, privat)
- Verbindung zwischen Beruf und Symptomen
- Persönliche Schwächen und Stärken, Leistungsbild
- Eigene Anteile im Sozialverhalten an der beruflichen Problematik
- Ungünstige Persönlichkeitseigenschaften wie Perfektionismus und Pessimismus
- Umgang mit gestörten Vorgesetzten und Kollegen
- Umgang mit gestörten Kunden, Eltern, Schülern usw.
- Selbstwerterleben im Beruf und sozialen Kontext
- Regenerationskompetenzen und work-life-balance
- Biografische Aspekte der Berufswahl und Identitätskrisen
- Übertragungsbereitschaft und verzerrte Wahrnehmung von Vorgesetzten und Kollegen
- Copingstrategien bei Schicksalsschlägen (überraschende Schließung des Betriebs)
- Mobbing usw.

Abb. 1: Inhalte der berufsbezogenen Therapiegruppe (BTG)

Die 1. und 2. Stunde dienen beim neuen Patienten als Motivationsphase, er kann nach diesen Stunden wieder aussteigen, ohne auf Station Nachteile zu bekommen. Beim Verbleiben in der Gruppe wird er motiviert, mindestens vier- und höchstens achtmal an der halb-offenen Gruppe teilzunehmen. Gleichzeitig nehmen die Patienten in der 1. Woche der berufsbezogenen

Gruppentherapie an einer Projektgruppe teil. In dieser wird überwiegend mit handwerklichen Mitteln gearbeitet. So soll z. B. ein „japanischer Tempel“ erbaut werden. Ziel ist die Anleitung zur Selbstbeobachtung, die Stimulierung der Kontaktfähigkeit und der Empathie. Oft fließen dann diese Erfahrungen aus der Projektgruppe in die berufsbezogene Gruppe mit ein und werden auf dem Hintergrund des Sozialverhaltens des Patienten therapeutisch reflektiert.

Bezgl. der Leitung von Gruppen gibt es grob 3 Möglichkeiten:

1. die Einzeltherapie durch den Therapeuten in der Gruppe,
2. die Fokussierung auf das sich jeweilig abzeichnende dominante Thema bez. den dominanten Affekt und
3. die Konzentration auf einen Patienten unter Zuhilfenahme des Gruppenprozesses.

Wir arbeiten mit der 3. Option, eingedenk der Tatsache, dass es nicht die „einzig richtige“ Gruppentherapie gibt und zumindest vier Wege nach Rom führen. Für das folgende Konzept, das wir in den letzten 6 Jahren entwickelt und verfeinert haben, schlagen wir den Begriff der *strukturierten tiefenpsychologischen Gruppentherapie (STG)* vor. Der Gruppenleiter erläutert zu Beginn der Gruppentherapie das Rationale der Gruppentherapie und motiviert einen Patienten, sich in die berufsbezogene Gruppe mit seiner Thematik für eine Sitzung à 90 Minuten einzubringen, was auf freiwilliger Basis erfolgt. Dann stimuliert der Gruppenleiter den Gruppenprozess nach folgender Struktur:

1. Der Protagonist stellt seine Thematik vor.
2. Fragerunde durch die Mitpatienten. Der Gruppenleiter spricht die Mitpatienten direkt mit Namen an und stimuliert dadurch die Fragerunde. Schweigen wird begrenzt.
3. Spiegelung des Protagonisten durch die Mitpatienten
4. Übung zur Selbst- und Fremdwahrnehmung in Bezug auf den Selbstwert oder zur Frage, in welchem Ausmaß das Selbstwert an die Arbeit gekoppelt wird
5. Der Protagonist hat nun die Möglichkeit, zu dieser Spiegelung Stellung zu nehmen. Diese Spiegelung wird therapeutisch bearbeitet.
6. Fragerunde durch den Protagonisten
7. Zusammenfassung der Stunde
8. Suche nach dem Protagonisten für die nächste Stunde

Abb. 2: Ablauf der strukturierten tiefenpsychologischen Gruppentherapie (STG)

Der Protagonist stellt seine Thematik vor. Er wird ermutigt, das jetzt in die Gruppe einzubringen, was für ihn aktuell von Bedeutung ist. Oft haben Patienten Angst davor, die Gruppe zu nutzen. Die Gruppenmitglieder sollen nun Fragen stellen, um sich in die Situation des Protagonisten einzufühlen und einzudenken. Es hat sich sehr bewährt, die Gruppenmitglieder dahingehend zu motivieren, erst einmal keine Ratschläge zu geben. Oft hat man zu wenig Überblick über die Situation. Die Gruppenmitglieder werden mit ihren Namen angesprochen und motiviert, Fragen zu stellen. Eine Schweigerunde wird dadurch eher begrenzt. Patienten, die sich nicht trauen, von sich selbst aus etwas in der Gruppe zu sagen, schätzen es oft sehr, taktvoll angesprochen zu werden, was die Integration in die

Gruppe erleichtert. Dann wird der Protagonist gefragt, ob er einverstanden ist, dass er von den Gruppenmitgliedern gespiegelt werden darf, was fast zu 100 % der Fall ist. Jeder einzelne Patient soll dem Protagonisten sagen, wie dieser wirkt und welche Gefühle er auslöst („Du wirkst auf mich überfordert, was bei mir große Sorge auslöst“). Der Gruppenleiter achtet natürlich darauf, dass sich die Patienten durch die Mitteilung der Gefühle nicht überfordern oder sogar kränken.

Es folgt die Übung zur Selbst- und Fremdeinschätzung: Der Protagonist wird nun gebeten, auf einer Skala von 0–10 sein Selbstwert einzuschätzen, darf aber seine Selbsteinschätzung der Gruppe nicht mitteilen. Dann werden die Gruppenmitglieder gebeten, einzuschätzen von 0–10, welchen Grad an Selbstwert der Protagonist nach außen ausstrahlt. Diese einfache Übung führt in der Praxis manchmal zu sehr erhellenden und für die Patienten überraschenden feed-backs. Interessant ist, wenn die Selbst- und Fremdeinschätzung um mindestens 2 Punkte differieren. So kann der Protagonist sich selbst z. B. bei einer 10 einschätzen, was relativ selten ist, aber auch schon einmal vorkommt, und die Gruppenmitglieder sehen ihn nur bei 5. Oder umgekehrt: Der Protagonist sieht sich selbst nur bei 3 (was sehr oft vorkommt), und die Gruppenmitglieder sehen ihn bei 6. Diese Differenz wird dann mit den Patienten auf dem Hintergrund ihrer Symptomatik besprochen. Auch hat sich sehr bewährt, diese Übung zum Thema der Koppelung des Selbstwertes an die Arbeit zu machen. Aus der therapeutischen Praxis kann nur resümiert werden: eine ebenso einfache wie gewinnbringende Übung.

Zum Schluss der Stunde kann der Protagonist dann eine oder mehrere Fragen stellen. Die Stunde wird zusammengefasst unter dem Gesichtspunkt eines therapeutischen Fokus, an dem der Patient weiter arbeiten kann. Die *Fokusformulierung soll dem Patienten noch einmal Orientierung und das Gefühl geben, aus der Stunde etwas mitzunehmen*. Dies ist gerade für i. S. des OPD (Arbeitskreis OPD, 2006) mäßig bis gering strukturierte Patienten von großer Bedeutung. Für die nächste Stunde wird dann ein Protagonist auf freiwilliger Basis ausgewählt, was meistens klappt. Wenn nicht, wird dies in der nächsten Stunde nachgeholt.

Jedes Konzept hat Vor- und Nachteile. Je höher die Struktur, desto weniger Regression und die Bearbeitung von unbewussten Prozessen. Das Unbewusste spielt natürlich weiterhin eine wichtige Rolle. So ist den Patienten z. B. sehr oft unbewusst, wie sie auf die Umwelt wirken und welche Gefühle sie auslösen. Eine ernst zu nehmende Differenz zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung ist vielen Patienten auch nicht bewusst. Das Ziel der Begrenzung der Regression ist von uns erwünscht – angesichts der Erfordernisse in einem stationären Setting und angesichts oft schwieriger sozialmedizinischer Fragestellungen, die in der BTG auflaufen und die Patienten allzu oft labilisieren können. Unsere BTG ist vom Ansatz her ressourcen- und bewältigungsorientiert. Regressive Prozesse treten schon ganz von alleine auf.

Kein Konzept darf starr und rigide angewandt werden. Es bleibt Raum für Gruppenprozesse, für die Inszenierung von Übertragungen und der Entfaltung von Rollen (Führungs- und Mitläuferrollen) Die Gruppe wird als ein Team gesehen, in dem sich eine bestimmte Arbeitsatmosphäre entwickelt mit entsprechenden Rollenverteilungen und der Inszenierung von Übertragungsbereitschaften und Übertragungsverzerrungen

(„Sie sind wie mein Vorgesetzter“). Auch hat unser Konzept verhaltenstherapeutische Züge. Wenn es angebracht ist, werden mit den Patienten in den Gruppensitzungen Übungen durchgeführt wie z. B. Verbesserung der Sitzhaltung und der Mimik (Blick halten). In Ausnahmefällen werden auch mal Rollenspiele durchgeführt. Gerne werden auch Bilder in der Gruppe verwandt, wenn es sich anbietet. Folgendes Bild zur Einübung der Abgrenzung ist die *Zugbrücke*, das ich den Patienten folgendermaßen erkläre:

„Ich stelle mir jeden Menschen wie eine Burg vor, die mit der Umwelt mit einer Zugbrücke verbunden ist. Ist die Zugbrücke immer unten, können fremde Ritter in die Burg ungehindert hineinkommen und die Vorräte klauen, wenn sie nicht wohlgesonnen sind. Ist die Zugbrücke immer oben, können wir nicht ins Umland reiten und neue Vorräte einkaufen bzw. Kontakte pflegen. Jeder Mensch muss nun mit dieser Zugbrücke so jonglieren, dass er nicht in eine chronische Überforderung kommt.“

Abb. 3: Bild mit der Zugbrücke als Abgrenzungsübung

Dann wird der Patient gefragt, wo er sich gerade mit dieser Zugbrücke sieht. Dieses Bild erfreut sich bei den Patienten oft großer Beliebtheit.

Die Kunst der Bearbeitung beruflicher Überforderungsprobleme besteht nach unserer Auffassung darin, die Inhalte der berufsbezogenen Therapiegruppe (BTG; Abb.1) mit der Struktur der tiefenpsychologischen Gruppentherapie (STG; Abb.2) flexibel in Übereinklang zu bringen. Ist ein Patient offensichtlich in seinem Selbstwert schwer angeschlagen, darf natürlich die Übung zum Selbstwert nicht gemacht werden, um den Patienten nicht noch weiter zu labilisieren. Spielt die Bearbeitung aus der Projektgruppe eine große Rolle, kann von der oben beschriebenen Struktur abgewichen bzw. einzelne Elemente kürzer gehalten werden.

Jeder Interventionsstil hat Vor- und Nachteile. Der Vorteil dieser Gruppenstruktur besteht darin, dass sie Regressionen nicht fördert, was in einem stationären Setting von Vorteil ist. Ferner wissen die Patienten, wie eine Stunde im Großen und Ganzen abläuft, was ebenfalls Sicherheit auslöst. Durch die Auswahl der Protagonisten kommt in der Regel jeder Patient dran, in Ausnahmefällen werden auch mal 2 Patienten pro Sitzung besprochen. Dies bedeutet in der Regel eine hohe narzisstische Gratifikation, wenn sich eine Gruppe 90 Minuten auf einen Patienten konzentriert. *Allein in dieser Struktur ist schon ein wesentlicher Wirkfaktor der STG zu sehen.* Die Patienten fühlen sich in der Regel von der Gruppe gesehen und ausreichend beachtet, was manchmal in Gruppensituationen, die eher assoziierend verlaufen, nicht der Fall ist. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass unser Konzept didaktisch „relativ schnell“ an neue Kollegen weitergegeben werden kann aufgrund der doch „relativ durchsichtigen“ Struktur. Anspruchsvoll bleibt, dass der Gruppenleiter/die Gruppenleiterin den roten Faden behält, die Gruppeninteraktionen und -spiegelungen auf die Symptome bzw. ungünstigen Eigenschaften des Patienten beziehen muss, und zwar angemessen schnell und in einer für den Patienten verständlichen Sprache in einer flexiblen Atmosphäre.

5. Zwei Kasuistiken

Im Folgenden werden kurz zwei Kasuistiken vorgestellt, die wir in unserer BTG behandelt haben: Herr A. und Frau B.

Herr A. ist im Außendienst tätig. Diagnose: Somatisierungsstörung, mittelgradige depressive Episode, Tinnitus. Der Patient profiliert sich bei seiner Kundschaft dadurch, dass er mittags nicht zu Hause mit seiner Familie isst, um telefonisch gut erreichbar zu sein, was seine Kunden sehr an ihm schätzen. Die Leitung ist also zwischen 12.00–13.00 frei. Die Familie wird sauer auf ihn, denn er könnte mit ihnen essen, weil er zu dieser Zeit im Haus anwesend ist.

- Therapeut unterstützt die Mitteilung von Gefühlen: Förderung der Katharsis in Bezug auf die Überlastung, Ansprechen der Versagensängste und empathisches Mitschwingen durch die Mitpatienten und den Therapeuten.
- Therapeut fördert Einsicht und Verbesserung des Psychosomatikverständnisses, Verbindung mit der Biografie (schwacher Vater, angespannte Mutter).
- Therapeut stimuliert Spiegelung durch die Gruppe: überwertiges Leistungsverhalten und übermäßiges altruistisches Verhalten gegenüber den Kunden.
- Therapeut stimuliert die Perspektivenübernahme bezgl. der Familie: „Wie fühlen sich Ihre Frau und Ihre Kinder?“ Therapeut fragt die Patientinnen in der Gruppe: „Wie geht es Ihnen damit, wenn Sie mit Herrn A. verheiratet wären?“ Diese Konfrontation wird mit dem Patienten vorbereitet.
- *Dominierender Wirkfaktor der Gruppentherapie aus Patientensicht:* Stimulation der Perspektivenübernahme bezgl. der Familie

Abb. 4: Interventionen in der BTG bei Herrn A.

Frau B. ist Lehrerin. Diagnose: rezidivierende depressive Störung, somatoforme autonome Funktionsstörung des Gastrointestinaltraktes und Tinnitus. Sie kommt mit ihrem Arbeitspensum nicht mehr klar, hat große Schwierigkeiten mit den Schülern und der Leitung.

- Therapeut unterstützt die Mitteilung von Gefühlen. Patientin hat große Scham, in der BTG von ihrer Überlastung zu sprechen, denn sie hat das Schema: „Eine Lehrerin muss es besser wissen!“ Die Motivationsarbeit steht zunächst im Vordergrund und nimmt sehr viel Zeit von der 90-minütigen Sitzung in Anspruch (über 30 Minuten).
- Therapeut fördert die Katharsis. Patientin hat starke Wut auf die Schüler und die Leitung.
- Therapeut unterstützt die Patientin bei der Klärung von Gedanken/Gefühlen. „Sie habe so viele Probleme.“ Fokusbildung in der Gruppentherapie, was die Patientin orientiert.
- Therapeut stimuliert Spiegelung durch die Gruppe: überwertiges Leistungsverhalten und -ansprüche an die Schüler, überwertige Koppelung des Selbstwertes an die Arbeit.
- *Dominierender Wirkfaktor der Gruppentherapie aus Patientensicht:* Unterstützung bei der Ablegung der Scham, „auch“ als Lehrerin, die es ja immer besser wissen müsste, Probleme zu haben

Abb. 5: Interventionen in der BTG bei Frau B.

6. Forschung

Unsere berufsbezogene Therapiegruppe (BTG) nach dem Verfahren der strukturierten tiefenpsychologischen Gruppentherapie (STG) wurde einer Katamnese unterzogen. Konzipiert wurde eine geschlossene Gruppe mit 8 Sitzungen à 90 Minuten über 4 Wochen. Interventions- und Kontrollgruppe unterscheiden sich in der Applikation der BTG. Allen Patienten wurden zur Aufnahme, im Therapieverlauf, bei Entlassung 3, 12 und 36 Monate später nach der Behandlung Messverfahren vorgelegt (PsyBaDo, SCL-90, IRES, AVEM usw.). Es wurden N = 144 der Interventions- bzw. N = 135 der Kontrollgruppe zugewiesen. Zeigten die Ein- und Zweijahres-Katamnesen deutlich gewünschte statistisch signifikante Zugewinne bei der BTG, so sind nach 3 Jahren bezgl. der subjektiven berufsbezogenen Einschätzungen keine Signifikanzen bezgl. der Kontroll- und der Interventionsgruppe mehr zu verzeichnen. (Zwenz et al., 2007; Schattenburg et al., 2008). Diese Ergebnisse könnten – neben anderen Einflussfaktoren – ein Hinweis darauf sein, dass eine 4-wöchige Behandlung in einer indikativen Therapie doch zu kurz ist, um langfristige Effekte zu erzielen. Eine mögliche Konsequenz könnte sein, nach Beendigung des stationären Aufenthaltes Möglichkeiten der E-Mail Kommunikation und des chattens zu geben, wie dies z. B. bei der Nachbehandlung von Essstörungen oder Suchtbehandlung eingesetzt wird. Unsere Ergebnisse deuten wir im Licht der Kurzzeittherapie dahingehend, dass eine bestimmte Behandlungsdauer nicht unterschritten werden darf, sollten langfristige Effekte das Ziel sein.

7. Fazit

Sollten die im Eingangskapitel genannten Zahlen mehr oder weniger stimmen, so kann man erahnen, welche Dimensionen das Phänomen Burnout sowohl für das individuelle Schicksal als auch für die Volkswirtschaft haben kann, auf die die Psychotherapie aktuell verstärkt reagiert – wie die heutige Tagung hier in Nürnberg zeigt. Jeder spürt, welchen Einfluss die Globalisierung, Sparzwänge und der Fortbildungsdruck (éducation permanente) haben. Neben der Psychotherapie von Individuen müssen aber auch innerbetriebliche Gesundheitszirkel und Supervisionsrunden trotz gesellschaftlicher Widrigkeiten und Sparmaßnahmen gefördert werden, worauf auch der Stresspsychologe Meichenbaum (2003) eindrücklich hingewiesen hat. Bei der Bearbeitung der beruflichen Belastungen in den Betrieben, Schulen, Kliniken usw. erleben wir sehr oft ein *Hinterherlaufen hinter die Bewältigungsnotwendigkeiten*, was die Erschöpfung und den Frust nur noch verstärkt. Daher muss die Präventionsforschung in der Medizin und den Gesundheitswissenschaften wieder verstärkt gefördert werden.

Literatur

- ARBEITSKREIS OPD (Hrsg.). (2006). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. Bern: Huber.
- BEUTEL, M.E., KNICKENBERG, R.J., KRUG, B., MUND, S., SCHATTENBURG, L. & ZWERENZ, R. (2006). Psychodynamic focal group treatment for psychosomatic inpatients – with an emphasis on work-related conflicts. *Int J Group Psychother.*, 56, 285–305.
- BEUTEL, M.E., BLEICHNER, F. & KNICKENBERG, R.J. (2007). *Forschungsbericht der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt*. Schriftenreihe IX. Rhön-Klinikum AG.
- BEUTEL, M.E., ZWERENZ, R., HILLERT, A., KOCH, S., KNICKENBERG, R.J. & SCHATTENBURG, L. (2008). *Gesundheitsstraining Stressbewältigung am Arbeitsplatz (GSA). Ein indikationsübergreifendes Schulungsmodul zur beruflichen Integration in der medizinischen Rehabilitation*. Manual. Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität Mainz und Medizinisch-Psychosomatische Klinik Roseneck.
- DAMMANN, G. (2007). *Narzissen, Ego manen, Psychopathen in der Führungsetage. Fallbeispiele und Lösungswege für ein wirksames Management*. Bern: Haupt.
- DER SPIEGEL (2008). Nr.17, S. 74.
- HILLERT, A. & MARWITZ, M. (2006). *Die Burnout Epidemie oder Brennt die Leistungsgesellschaft aus?* München: C.H.Beck.
- JAGGI, F. (2008). *Burnout-praxisnah*. Stuttgart: Thieme.
- KNICKENBERG, R.J., SCHATTENBURG, L., ZWERENZ, R. & BEUTEL, M.E. (2007). Medizinisch-berufliche Rehabilitation in der Psychosomatik: Differenzierung und Optimierung berufsbezogener Therapieansätze. In P.W. Schönle (Hrsg.). *Integrierte Grundlagen medizinisch-berufliche Praxis. Rehabilitation-Perspektiven* (S.167–183). Bad Honnef: Hippocampus.
- MEICHENBAUM, D. (2003). *Intervention bei Stress. Anwendung und Wirkung des Stressimpfungstrainings*. Herausgegeben, übersetzt und mit einem ergänzenden Kapitel versehen von Lothar Schattenburg. Bern: Huber.
- MÜLLER-FAHRNOW, W., HANSMEIER, T. & KAROFF, M. (Hrsg.). (2006). *Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Assessments-Interventionen-Ergebnisse*. Lengerich: Pabst.
- SCHAARSCHMIDT, U. & FISCHER, A. (1996). *Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster*. Frankfurt: Swets & Zeitlinger.
- SCHAFFMANN, Ch. (2008). BDP-Bericht 2008 zur psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz in Berlin vorgestellt. *Psychologische Rundschau*, 59 (3), 195–196.
- SCHATTENBURG, L., ZWERENZ, R., KNICKENBERG, R.J. & BEUTEL, M.E. (2008). Dreijahres-Katamnese einer tiefenpsychologischen Gruppentherapie für beruflich belastete Patienten. *Psychther Psych Med*, 58, 100f.
- SUTER, M. (2005). *Huber spannt aus und andere Geschichten aus der Business Class*. Zürich: Diogenes.
- WALTER, K. & LUKOSCHAT, H. (2008): *Kinder und Karriere: Die neuen Paare*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- ZOK, K. (2004). Einstellungen und Verhalten bei Krankheit im Arbeitsalltag – Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage bei Arbeitnehmern. In B. Badura, H. Schellschmidt & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2003* (S. 243–261). Berlin: Springer.
- ZWERENZ, R. (2005). *Psychotherapie und Motivation. Motivation zur psychotherapeutischen Bearbeitung beruflicher Belastungen und Konflikte bei Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen*. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.
- ZWERENZ, R., KNICKENBERG, R.J., SCHATTENBURG, L. & BEUTEL, M.E. (2004). Berufliche Belastungen und Ressourcen berufstätiger Patienten der psychoso-

matischen Rehabilitation im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. *Rehabilitation*, 43 (1), 10–16.

ZWERENZ, R., KNICKENBERG, R.J., SCHATTENBURG, L. & BEUTEL, M.E. (2007). Results of a controlled treatment study optimizing work-related treatments in psychosomatic inpatient rehabilitation. *International Journal of Rehabilitation Research*, 30 (1), 37.

Anschrift des Autors

DR. PHIL. DIPL.-PSYCH. LOTHAR SCHATTENBURG
Ltd.-Psychologe der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt
– Abteilung für Rehabilitation
Salzburger Leite 1
D-97616 Bad Neustadt/Saale
E-Mail: schattenburg.reha@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de