

POLYLOGE

Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“ (peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Hückeswagen, Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Dr. phil. **Sylvie Petitjean**, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Rorschach

Prof. Dr. päd. **Waldemar Schuch**, M.A., Department für Psychosoziale Medizin, Donau-Universität Krems, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Hückeswagen

Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Hückeswagen

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Ausgabe 26/2010

Überlegungen zur Burnout-Problematik auf dem Hintergrund eines integrativen therapeutischen Behandlungsansatzes*

*Therese Egli***

* Aus der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>).

** Therese Egli, Rathausgasse 17, CH-5001 Aarau

1.	Einleitung	S. 03
2.	Definition von Burnout	S. 05
2.1.	Symptomatik bei Burnout	S. 06
3.	Begriffsgeschichte von Burnout	S. 07
4.	Ein integrierendes Burnout-Modell	S. 08
4.1.	Das Konzept des informierten Leibes	S. 11
4.2.	Das Konzept der Dynamischen Regulation	S. 12
4.3.	Einflüsse auf die Regulationsprozesse	S. 13
5.	Der Wille	S. 14
5.1.	Willensdeterminismus und Freiheitsgrade im Wollen	S. 15
5.2.	Der Wille im therapeutischen Kontext	S. 19
5.3.	Messbarkeit des Erfolgs therapeutischer Willensarbeit	S. 21
6.	Der integrative, mehrperspektivische Behandlungsansatz	S. 21
6.1.	Behandlungsmodalitäten der Integrativen Therapie	S. 22
6.1.1.	Übungszentriert-funktionale Modalität, exercise centered functional modality	S. 22
6.1.2.	Erlebniszentriert-stimulierende (agogische) Modalität, experience-centered stimulating (psychoeducational) modality	S. 22
6.1.3.	Konflikt-zentrierte und störungsspezifische Modalität, conflict-centered and disorder specific modality	S. 23
6.1.4.	Supportive, beratend-soziotherapeutische Modalität, supportive, sociotherapeutic/counseling-oriented modality	S. 23
6.1.5.	Netzwerk- und lebenslageorientierte Modalität, network- and life situation oriented modality	S. 23
6.1.6.	Medikamentengestützte Modalität, medication supported modality	S. 24
7.	Krankheitsanamnese	S. 25
7.1.	Psychopathologischer Status	S. 25
7.2.	Anamnese	S. 26
8.	Behandlungsverlauf	S. 30
9.	Leibperspektive	S. 32
9.1.	Leib-, Bewegungs- und sporttherapeutische Massnahmen	S. 36
9.1.1.	Konditionsaufbau	S. 36
9.1.2.	Entspannungs- und Awarenessstraining	S. 37
9.1.3.	Awarenessübung	S. 38
9.1.4.	Imaginationsübung	S. 40
9.1.5.	Förderung eines gesundheitsbewussten und leibaktiven Lebensstils	S. 41
10.	Störungs- und Problemperspektive	S. 42
10.1.	Veränderung von negativen und dysfunktionalen Kognitionen	S. 42
10.1.1.	Zielmanagement/Zeitmanagement	S. 42
10.2.	Veränderung von dysfunktionalen emotionalem und volitiven	

Stilen	S. 42
10.2.1. Panoramatechnik in der Willensarbeit	S. 43
10.3. Veränderung von dysfunktionalen kommunikativen Stilen	S. 44
10.3.1. Strategien der Konfliktbewältigung: Einübung eigenen Wollens in einer Arbeit mit dem leeren Stuhl	S. 44
11. Beziehungsperspektive	S. 46
12. Netzwerktherapeutische Massnahmen	S. 47
13. Ressourcenperspektive	S. 47
13.1. Förderung der Bildungsmotivation und des Bildungsverhaltens	S. 47
14. Sinnperspektive	S. 49
15. Vom Burnout zum Embittermentsyndrome	S. 49
Zusammenfassung/Summary	S. 51
Literaturverzeichnis	S. 51
Anhang: Übersicht Burnout Symptomatik	S. 54

1. Einleitung

In meiner langjährigen beruflichen Tätigkeit als Berufsberatende der Invalidenversicherung gehört es zu meinen Aufgaben, jugendlichen und erwachsenen Menschen behilflich zu sein, ins Erwerbsleben einzusteigen oder nach länger dauernder Krankheit oder Unfall wieder ins Berufsleben zurückzukehren. Diese anspruchsvolle Tätigkeit erfordert gute Fachkenntnisse über das Bildungswesen, den Arbeitsmarkt mit seinen vielfältigsten Tätigkeitsfeldern und unterschiedlichsten beruflichen Anforderungsprofilen an Arbeitnehmende sowie gute psychologische und beraterische Kenntnisse, vor allem der Persönlichkeits- und Motivationspsychologie. Immer wichtiger wird in einer global ausgerichteten Wirtschaftswelt und einem Asyl- und Immigrationsland wie es die Schweiz ist, spezifisches Know-how über kulturelle und soziale Systeme mit ihren spezifischen Fragestellungen und Lösungsansätzen einzubeziehen. Nur unter Berücksichtigung aller dieser Faktoren, deren Zusammenschau und Interaktion untereinander, kann es zu nachhaltigen beruflichen Integrationslösungen kommen und werden erfolgreiche berufliche Integrationsmöglichkeiten erschlossen.

Neben dieser Tätigkeit arbeite ich seit mehreren Jahren als Psychotherapeutin in einer psychiatrischen Praxisgemeinschaft. Auch bei dieser Tätigkeit werde ich häufig mit Fragen aus der Arbeitswelt konfrontiert: Welche Arbeitsfähigkeit hat mein Gegenüber? Was ist jemand willens oder fähig zu leisten? Wie sinnvoll oder unsinnig wird Arbeit erlebt? Wird die Arbeit als Berufung, d.h. als identitätsstiftend oder als Mittel zum Zweck, als Brotjob, erfahren? Fördert die Arbeit die persönliche Entwicklung oder macht sie ev. sogar krank? Wie steht es um die persönlichen und fachlichen Ressourcen? Reichen diese zur Bewältigung der beruflichen Aufgaben aus? Wo stösst der Patient/die Patientin an Grenzen? Wo kommt es zu Ueberforderungssituationen, die bei Weiter-

bestehen zu einem malignen Verlauf führen könnten? Welche Veränderungsmöglichkeiten in den beruflichen Rahmenbedingungen gibt es und wo ist eine Anpassung und wo Akzeptanz der Situation notwendig? Die Liste könnte um Vieles ergänzt werden.

In all den Jahren meiner beruflichen Tätigkeit habe ich hunderte von Menschen bei der beruflichen Integration begleitet, was oft auch mit einer gesellschaftlichen Integration einherging. Zurückblickend stelle ich fest, dass die Problemstellungen zunehmend komplexer und vielschichtiger geworden sind und die Lösungsfindung eine mehrperspektivische Sicht- und Herangehensweise erfordert oder sogar voraussetzt. Dabei betrifft die Zunahme an Komplexität alle Ebenen: die gesellschaftliche, die wirtschaftliche, die soziale und die des einzelnen Individuums, von dem immer mehr verlangt und gefordert wird.

Die Themenschwerpunkte meiner beruflichen Tätigkeit als Fachpsychologin FSP für Berufs- und Laufbahnberatung und als Psychotherapeutin sind auch zentrale Inhalte der Burnout-Problematik: Arbeit und Krankheit. Die vorliegende Arbeit ist ein Versuch, die von mir in meinem beruflichen Alltag erkannte Notwendigkeit mehrperspektivischer Sichtweise und multifaktorieller Erklärungsansätze am Thema Burnout durchzudenken. Dabei werde ich mich bei der theoretischen Auseinandersetzung zum Thema Burnout auf die Forschungsarbeit und Analyse von *Ina Rösing* stützen, die m. E. das Thema äußerst differenziert bearbeitet und die internationale Burnout-Forschung im Buch „Ist die Burnout-Forschung ausgebrannt?“ (*Rösing*, 2003) sachlich kritisch zusammengefasst hat. Wie eine mehrperspektivische Sichtweise hinsichtlich der praktischen Arbeit mit Burnout-Patienten aussehen könnte, werde ich an einer Fallbeschreibung aufzeigen. Als theoretische Grundlage dient mir dabei der differenzielle Ansatz der Integrativen Therapie.

2. Definition von Burnout

Was ist Burnout? Um es vorweg zu nehmen, es gibt bis heute keine klare und eindeutige Definition von Burnout, auf die man sich hätte einigen können. Dies ist, wie nachfolgend ausgeführt wird, vorwiegend historisch bedingt. Der frühe kasuistische Zugang zum Phänomen wurde Anfang der 80er Jahre abgelöst durch die Etablierung eines einzigen Messinstrumentes, dem Maslach Burnout Inventory (MBI), das die Kernsymptome des Phänomens Burnout in drei grundlegenden Skalen/Dimensionen (emotionale Erschöpfung, Depersonalisation, Leistungsunzufriedenheit) zu erfassen versuchte. Die Auswahl der Kernsymptome geschah relativ willkürlich und wurde später kaum hinterfragt oder qualitativ und quantitativ empirisch überprüft. Dies führte dazu, dass in den beiden grossen Klassifikationssystemen, dem International Classification of Diseases (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation und dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV der American Psychiatric Association das Burnout nicht als eigenständiges Krankheitsbild aufgeführt wird, sondern unter Z73 als Zusatz zur Diagnose das Erschöpfungssyndrom steht (d.h. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen können/Probleme verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung).

Die Gründe für diese Entwicklung mögen vielfältig sein. *Rösing* wirft in der weiter unten beschriebenen Kritik an der Burnout Forschung die Frage auf, ob das Burnout-Phänomen überhaupt als eigentliches Erscheinungsbild mit Krankheitswert angesehen werden kann, weil bis heute keine Einigung darüber besteht, welche Symptome hinreichend oder notwendig für die Diagnosestellung erfüllt sein müssen, eine Voraussetzung zur Rechtfertigung einer

Aufnahme in die oben erwähnten, heute weltweit gebrauchten Klassifikationssysteme.

Interessant ist immerhin, dass die ersten diagnostizierten Burnouts in Berufsgruppen auftraten, die sich von ihrem Selbstbild und gesellschaftlichen Berufsverständnis her krankheitsbedingte Auszeiten oder das Eingeständnis einer persönlichen Überforderung schlecht „leisten“ konnten (Lehrer, Manager, Mitarbeiter im Gesundheitswesen). Unter solchen Umständen ist beim Auftreten von Überforderungssymptomen die Attribuierung auf internale und externale Faktoren erschwert, weil sie das eigene Selbstbild bzw. die gesellschaftlichen, wirtschaftlichen, politischen und ethischen Voraussetzungen in Frage stellen. D.h. das Eingeständnis eigener oder systemischer Unzulänglichkeit birgt das Risiko einer gesellschaftlichen Stigmatisierung. Die Etikettierung und Einordnung der Überforderungssymptome als Krankheitssymptome könnte damit als Versuch gedeutet werden, eine gesellschaftliche Stigmatisierung zu umgehen und Akzeptanz für die Überforderungssituation zu erreichen.

2.1. Symptomatik bei Burnout

Es gibt verschiedene Auflistungen der Symptome eines Burnouts. Nachfolgend wird die Symptomatik nach Burisch (2006, 25) aufgeführt. *Burischs* Systematik ist ein Zusammenzug aller in der Burnout-Literatur *erwähnten* Symptome und zeigt ein sehr differenziertes Bild des Phänomens Burnout.

Liste: im Anhang

3. Begriffsgeschichte von Burnout

Wie *Rösing* in ihrer Analyse über die Forschungsarbeiten zum Thema Burnout feststellt, wurde in den letzten 30 Jahren vorwiegend empirisch zu diesem Thema geforscht. In 90 % der einschlägigen Forschungsarbeiten kommt dabei der Fragebogen von *Christina Maslach* zur Anwendung, den sie 1981 zusammen mit *Susan E. Jackson* zum ersten Mal veröffentlichte: Das Maslach Burnout Inventory (MBI). Zu Recht kritisiert *Rösing*, dass ein solcher einseitiger Zugang zum Phänomen der Komplexität des Themas in keiner Weise gerecht werde. Mit dieser Einengung der Perspektive auf die Empirie und den operationalen wissenschaftlichen Burnout-Begriff würden Grundsatzrörterungen zum Thema verhindert. Das komplex bedingte seelische Belastungssyndrom mit seinen vielfältigen, schwerwiegenden und zum Teil auch diffusen und wechselnden Folgen, dem schleichenden Krankheitsprozess und der Gefährdung zur Chronifizierung, lässt gemäss *Rösing* die Burnout-Forschung zu einem schlichten Testwert zusammen schrumpfen (*Rösing*, 2008, 251). Das Resultat sei eine definatorische Versteinerung. Praxisgeleitete Fragestellungen sowie qualitative Forschung und sorgfältige Deskription fänden bei der Fixierung auf diesen Zugang kaum Beachtung.

Die Individualtherapien fänden in einem gesellschaftlichen Vakuum statt. Es gäbe kaum gesellschaftliche Analysen wie sie in anderen Bereichen z.B. beim Stressbegriff vorlägen. Das Verweilen im Forschungsfeld „Beruf“ verhindere auf eine ganz grundsätzliche Weise den Zugang zu transkulturellen Vergleichen. In Kulturen, in denen das Konzept „Beruf“ keinen Sinn ergebe – mache auch Burnout-Forschung wenig Sinn. Der bisherige ethnozentrische Ansatz blockiere transkulturelle Fragestellungen. Die Betrachtung der drei Komponenten des Burnout-Begriffs unter transkultureller Perspektive zeige, dass nur gerade die Dimension „emotional exhaustion, emotionale Erschöpfung (oder physische, mentale Erschöpfung) transkulturelle Gültigkeit erlange. Bereits

bei der zweiten Komponente der Depersonalisation könne nicht transkulturelle Gültigkeit beansprucht werden. Der Begriff setze eine „persönliche“ Beziehung, eine bestimmte Ich-zu-Du-Orientierung, eine bestimmte interpersonelle zweisamkeitsorientierte Grundhaltung voraus und basiere auf einem typisch westlichen Persönlichkeits-Modell (*Rösing*, 2008, 213). Dies treffe auch auf die dritte Komponente des reduzierten leistungsbezogenen Selbstwertgefühls (reduced personal accomplishment) zu. Ein solcher Begriff setze ein „Selbst“ voraus. Das „Selbst“ einer kollektivistischen Kultur sei aber ein anderes als das „Selbst“ einer eher individualistischen Kultur, was einem transkulturellen Vergleich entgegenstehe. *Rösing* belegt ihre Annahmen und ihre Kritik durch diverse Studien.

Zusammenfassend stellt *Rösing* fest, dass heute Burnout leichter messbar als heilbar sei. Im Bereich der Intervention herrsche, mit Ausnahme einiger entwickelter Gruppeninterventionen, die absolute Beliebigkeit (*Rösing*, 2008, 250).

Einen Ausweg aus dieser Sackgasse der begrifflichen Unklarheit und Praxisferne lässt sich gemäss *Rösing* nur durch eine Aussensicht, d.h. transkultureller Forschung finden. Unabdingbar erscheinen ihr auch gezielte Forschungsanalyse und –planung, die empirieüberschreitend systematisch nach Theorieansätzen sucht, gesellschaftliche Analysen initiiert und den Blick über den eigenen Horizont in andere Kulturen weitet.

4. Ein integrierendes Burnout-Modell

Rösing steht mit ihrer Forderung nach empirieüberschreitenden systematischen Theorieansätzen und integrierender Forschungsplanung und –analyse nicht alleine da. Bereits 1993 betonte *H.G. Petzold* in seiner Arbeit

„Die Krisen der Helfer“ (*Petzold, 1993g*) die Notwendigkeit differenzieller und integrierender Konzepte im Umgang mit der Burnout-Problematik und forderte einen mehrperspektivischen Blickwinkel bei der Analyse von Burnout und einen multimethodischen Behandlungsansatz. In der Integrativen Therapie werden systematische Methodenintegration und schulenübergreifenden Konzeptentwicklung seit Jahrzehnten angewandt. Die Integrative Therapie folgt dem Paradigma einer multi- und interdisziplinären Orientierung des Verstehens und Gestaltens der Wirklichkeit. Als Psycho-, Sozio-, und neurobiologisch orientierte Leib- und Bewegungstherapie versucht sie mit Hilfe integrierender, multipraxeologischer Modelle und methodenpluralem, integrativen Vorgehen der Komplexität des Geschehens, d.h. der komplexen Realität, wie sie im Zusammenhang mit lebenden Systemen immer vorhanden ist, angemessen zu begegnen. Als Referenz dienen der Integrativen Therapie dabei u.a. das phänomenologisch-hermeneutische Leibkonzept *Merleau-Pontys* oder das physiologisch-psychologische Konzept der Neuropsychologie wie es *Lurija* begründet hat, die Ethik von *Ricœur* oder die Systemtheorie von *Luhmann* etc. In der Praxis fühlt sich die Integrative Therapie dem zentralen Konzept einer differenziellen und komplexen Selbsterfahrung verpflichtet, um veränderungswirksame Prozesse anstossen und begünstigen zu können. Dies alles geschieht auf dem Boden moderner neurowissenschaftlicher Erkenntnisse, die zeigen, dass beim Menschen der wichtigste und am nachhaltigsten wirksame Einfluss für die Nutzung der im Gehirn angelegten neuronalen Netzwerke und Nervenzellverschaltungen sich am Zutreffendsten mit dem Begriff der Erfahrung umschreiben lässt (*Hüther, 2004*).

Der mehrperspektivische Blick ist bei allen multifaktoriell bedingten Problemstellungen angezeigt, insbesondere aber bei der Burnout-Problematik, wo alle Dimensionen menschlichen Seins betroffen sind. Ein erster Versuch der von *Rösing* geforderten Zusammenschau der Vielzahl der Erklärungsansätze und

der Integration der verschiedenen Explikationsansätze bei Burnout unternahm *H.G. Petzold* bereits 1993 als er auf der Basis des Konzeptes der Ueberforderungstheorie (*Mierke* 1955) das Burnout definierte „als ein komplexes Syndrom, das durch multifaktorielle, z.B. makro-, meso-, und mikrosoziale, zeittextendierte Belastungen bzw. Überlastung eines personalen oder sozialen Systems bis zur völligen Erschöpfung seiner Ressourcen verursacht wird, besonders wenn ein Fehlen protektiver Faktoren und eine schon vorhandene Vulnerabilität gegeben sind. Sofern nicht durch Beseitigung von Stressoren und Entlastung, z.B. durch Zuführung von Ressourcen, eine Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit gewährleistet wird, hat Burnout Funktionsstörungen, Fehlleistungen und Identitätsverlust des Systems zur Folge.

Bei personellen Systemen führt dies zu Motivationsverlust, emotionaler Erschöpfung, Leistungsabfall, Selbstwertkrisen und psychischen bzw. psychosomatischen, aber auch psychosozialen Symptomen, wie z.B. aggressiver Umgang mit Patienten und Klienten bis hin zu Vernachlässigung und Misshandlung.“ (*Petzold*, 1993g)

In dieser umfassenden Definition wird Burnout als eine Funktionsstörung gesehen, die eintritt, wenn die regulatorischen Fähigkeiten des betroffenen Systems versagen. Damit stellt sich die Frage, welche Faktoren für ein gutes Funktionieren verantwortlich sind und wie dysfunktionale Abläufe nachhaltig konstruktiv beeinflusst werden können.

Im Integrativen Therapieansatz wird zur Erklärung dieser Fragen das Konzept des „**informierten Leibes**“ mit seinen Fähigkeiten zur „**dynamischen Regulation**“ herangezogen. Das Konzept der „Dynamischen Regulation“ ermöglicht die „Erklärung von Veränderungs- und Entwicklungsprozessen als Zustandsübergänge, wie sie seit der Antike mit Begriffen wie „Metamorphose/Gestaltwandel“ oder „Krisis“ beschrieben wurden und heute Gegenstand der Theorie der „dissipativen Strukturen“ (*Prigogine*), der „Katastro-

phentheorie“ (*Thom*), der „Synergetik“ (*Haken*) oder neural-darwinistischen Theorie der „neuronalen Gruppenselektion“ (*Edelmann*) sind“ (*Petzold 2000h*).

Der Begriff der „dynamischen Regulation“ stammt aus der Biologie und dient zur Beschreibung von Regulationsprozessen komplexer, lebender (und damit offener) Systeme. Dieser konzeptuelle Zugang hat den Vorteil alle bei der Burnout-Problematik involvierten Ebenen und Bereiche im Erklärungsansatz integrieren zu können ohne die Interaktion und das Zusammenwirken der verschiedenen Teilsysteme und –bereiche zu vernachlässigen.

4.1. Das Konzept des informierten Leibes

Der wahrnehmungs-, handlungs-, speicherfähige menschliche **Körper/Organismus**, der eingebettet ist in die Lebenswelt, wird durch seine Fähigkeiten zur „**Verkörperung**“, zur „**Einleibung**“, zur „**schöpferischen Gestaltung**“ in Enkulturations- und Sozialisationsprozessen zum „**subjektiven Leib**“, zum „**bewegten Leibsubjekt**“, das sich mit seinen Mit-subjekten *kokreativ* interagierend in seinem Kontext/Kontinuum bewegt (*interacting subject embodied and embedded*). Dieses anthropologische Konstrukt des „**Leibsubjektes**“ wird definiert als die in der somatischen Basis und ihrer Geschichte gegründete „Gesamtheit aller sensorischen, motorischen, emotionalen, volitiven, kognitiven und sozial-kommunikativen Schemata bzw. Stile“ in ihrer aktuellen Performanz. Darunter ist das fungierende und intentionale Zusammenspiel mit dem Umfeld zu verstehen, die bewusst und unbewusst erlebten Inszenierungen und die in ihnen ablaufenden dynamischen Regulationsprozesse des Leibsubjekts. Sie werden als Prozesse „komplexen Lernens“ mit ihren Lernergebnissen mnestisch im „Leibgedächtnis“ archiviert. Der verleiblichte Niederschlag *differentieller Information* über das

Zusammenwirken von somatischem Binnenraumerleben und Kontexterleben in der „Selbsterfahrung“ (d.i. im „Leibgedächtnis“ festgehaltene Erfahrung multipler Stimulierung) ist Grundlage des „**informieren Leibes**“, aus dem als Synergem ein „**personales Leib-Selbst**“ *emergiert*, das ein reflexives/metareflexives **Ich** und dadurch eine hinlänglich konsistente, gedächtnisgesicherte Identität entwickeln kann. Das anthropologische Konstrukt des **Leibsubjekts** wird damit zu einem persönlichkeits-theoretischen Konzept erweitert. Die „**leibhaftige Person**“ als **Selbst-Ich-Identität** konstituiert sich durch die jeweils erinnerten und in ihrer aktuellen Performanz im *Kontext-Kontinuumbezug* erlebten und mit Anderen inszenierten Schemata/Stile. Sie kann sich fungierend-regulationsfähig in ihren Interaktionen mit Anderen in der Welt steuern und entwickeln. (*Petzold* 2000h, Präzisierung von 1996a, 283)

4.2. Das Konzept der Dynamischen Regulation

„Unter dem Konzept „**dynamisches Regulationssystem**“ wird die grundsätzliche Fähigkeit des Organismus bzw. des aus dieser biologischen Basis emergierenden personalen Subjektes verstanden, in verschiedenen Bereichen Abläufe zu steuern – von der *intrasystemischen/intrapersonalen* Ebene, etwa der biochemischen mit den neurophysiologischen und endokrinologischen Abläufen (z.B. HPA-Achse), über emotionale und kognitive Regulationsvorgänge bis zu höchst komplexen Regulationsmustern der „Selbstregulation“ des gesamten Regulationssystems, zu dem auch die Steuerung von *intersystemischen/interpersonalen* Regulationsvorgängen und immer auch **Entwicklungsperspektiven** und **Entwicklungsprozesse** gehören. Gut funktionierende Prozesse „dynamischer Regulation“ können als eine Metaressource des Systems betrachtet werden. In ihnen wird „organisierte

Information“ (OI) mit unterschiedlichen Niveaus von Komplexität und Strukturiertheit beständig durch „transformative Konfigurationen“ (TF) um-, neu-, und weitergestaltet (Petzold et al. 1994, 535ff), „reformatiert“ (Petzold 2000h).

Diese umfassenden, theorieübergreifenden Konzepte könnten helfen, viele von Rösing kritisierte Mängel im Bereiche der Burnout-Forschung zu beheben. Der Vorteil dieses metatheoretischen Theoriegebäudes liegt darin, dass ihm keine starren Strukturmodelle (Persönlichkeitsmodelle, Gesellschaftsmodelle etc.) zugrunde liegen, sondern der Fokus auf den Strukturwechsel bzw. den Prozessverlauf gerichtet ist. Dies erlaubt kulturübergreifende Forschung und Forschung qualitativer sowie quantitativer Art. Die von Rösing geforderte gesellschaftliche Perspektive bekommt eine theoretische Grundlage und die Forschungsergebnisse der letzten 30 Jahre kann miteingeschlossen werden.

Diese ganzheitliche Herangehensweise an die Burnout-Problematik berücksichtigt alle bei der Burnout-Problematik betroffen Ebenen: die physiologische wie die emotionale, kognitive und volitive, die soziale wie die ökologische, die kulturelle wie die ethische Ebene. Unter dieser Voraussetzung kann auch der von Rösing bemängelte Ethnozentrismus überwunden werden.

4.3. Einflüsse auf die Regulationsprozesse

Nachfolgend soll der Frage nachgegangen werden, welche Faktoren und Umstände diese Regulationsprozesse begünstigen oder blockieren, was ein optimales Funktionieren fördert und was hemmend auf den Prozessverlauf wirkt.

An der Burnout-Problematik wird eindrücklich sichtbar und erfahrbar, welchen wesentlichen Einfluss Willensäußerungen auf das System Mensch-Umwelt

haben und dies mit weitreichenden Konsequenzen auf allen Ebenen. Die Unterdrückung und Beeinträchtigung von Willensäußerungen und –strebungen in sozialen Kontexten (Familie, Arbeitsleben) kann zu sozialem Stress führen, auf den mit Widerstand, Aggression oder Resignation, Ohnmachtserleben und anderweitigen Störungen bis hin zu Krankheit geantwortet wird. Die persönliche Souveränität (*H. Petzold*) bzw. die Selbstwirksamkeit (*A. Bandura*) werden als eingeschränkt erlebt und können bis zum Erleben von erlernter Hilflosigkeit (*M.E.P. Seligman*) führen. Wo Willensäußerungen beschränkt oder unterdrückt und die Verwirklichung von vorgestellten und willentlich gesetzten Zielen verhindert werden, wird der locus of control extern erlebt. Es kommt zu unkontrollierbaren Stressreaktionen mit Aktivierung kortikaler und limbischer Strukturen sowie des zentralen und peripheren noradrenergen Systems. Lang anhaltende Stimulierung des hypothalamo-hypophyseoadrenokortikalen (HPA) Systems und einhergehender Kortisolausschüttung durch die Nebennierenrinde haben weit reichende Konsequenzen auf im Gehirn angelegte Verschaltungen. Bedürfnisbefriedigende Verhaltensperformanzen sind nicht mehr möglich. Es kommt zu Bahnen dysfunktionaler Entlastungsstrategien, die wenn häufig befahren, bewusst intendierten Willensanstrengungen und –veränderungen nicht mehr zugänglich sind. Habitualisierte Aktivierungsmuster, gebahnte Abläufe in stabilen Netzwerken und neurohumorale Prozesse werden zur Regel. Kreative Problemlösungsstrategien werden blockiert, situationsadäquates Verhalten auf der biologischen, der psychischen, der mentalen, der sozialen und ökologischen Ebene verunmöglicht.

Auf die konkreten Auswirkungen dieses Mechanismus wird bei der Fallbeschreibung detaillierter eingegangen. Zuvor soll anhand metatheoretischer Überlegungen zum Willensthema die system- und kulturübergreifende Relevanz dieses komplexen Vorgangs für die therapeutische Praxis aufgezeigt

werden. Die nachfolgenden Ausführungen zum Willenthema sollen als Anregungen und nicht als umfassender Überblick über das Thema verstanden werden. Als Quellen der Informationen dienen die Kommentare und Arbeiten von *Hilarion Petzold* über Beiträge namhafter Autoren zu diesem Thema, zusammengefasst und herausgegeben in den beiden Bänden „Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie (2008).

5. Der Wille

5.1. Willensdeterminismus und Freiheitsgrade im Wollen

Durch die Rahmenbedingungen des Mesokosmos (*Vollmer, 2003*) wurden dem menschlichen Willen während seiner evolutionsbiologischen Entwicklung grundsätzliche Beschränkungen gesetzt. Die das Überleben sichernde Anpassung an den umgebenden Lebensraum führte zu einer spezifischen zerebralen Leistungsfähigkeit und setzte dem Wollen des Menschen Grenzen (*Singer/ Wuketis, 2008*).

Durch diesen grundlegenden Determinismus sind die Freiheitsgrade des menschlichen Willens begrenzt. Wenngleich diese Begrenzungen - wie die Forschungsarbeiten zum Lernen mit Willensanstrengungen von *Hans H. Kornhuber und Lüder Deecke (2008)* aufzeigen – einer Relativierung bedürfen. Die beiden Forscher entdeckten, dass den willentlichen Bewegungen ein Hirnpotenzial vorausgeht. Für sie war dies ein Hinweis auf die Wichtigkeit des präfrontalen Kortex für das komplexe Geschehen von Wahrnehmen, Denken, Lernen, willentlichen Vorstellungen und Handlungen. Indem Aufgaben an hintere Hirnfelder delegiert werden, wird dem Frontalhirn eine führende Rolle bzw. eine zentrale Steuerungsfunktion zugewiesen. Für *Kornhuber und Deecke* war klar, dass bei der Betrachtung der Willensfunktion

eine reduktionistische, deterministische Position zur Erklärung nicht mehr ausreichte und einer differenziellen Betrachtung zu weichen hatte. Sie formulierten die These, dass beim Menschen das limbische System und die amygdaloiden Impulse vom „vernünftigen Willen“ geführt werden.

Die determinierenden, evolutionären Programme sind folglich nicht völlig unüberschreitbar. Die gesetzten Grenzen können überschritten und erweitert werden. Wie H. Petzold betont, könnte dies sogar das eigentliche Programm des homo sapiens sein (Petzold, Sieper 2008, 25).

Diese Verschränkung von Determinismus und Willensfreiheit ist die Grundvoraussetzung therapeutischen Arbeitens, wo es um willentlich herbeigeführte Veränderungsprozesse geht. Doch wie geschieht Grenzüberschreitung, entsteht Willensfreiheit?

Singer geht in seinen philosophischen Ausführungen zur Willensproblematik davon aus, dass die beobachtbaren, kognitiven Leistungen mit den zu Grunde liegenden neuronalen Prozessen nicht identisch sind, sondern sich aus diesen ergeben. Er betrachtet Verhaltensleistungen als emergente Eigenschaften neuronaler Vorgänge. Die kognitiven Funktionen sind damit nicht mit den physiko-chemischen Interaktionen in der Nervennetzen gleichzusetzen, sie gehen aber kausal erklärbar aus diesen hervor (Singer 2003). Singer nimmt an, dass bei der lebenslangen Beschäftigung des Gehirns mit sich selbst, sogenannte Metarepräsentationen entstehen.

In der Integrativen Therapie werden diese Metarepräsentationen „theory of my mind“ genannt (Petzold 2009c). Damit ist gemeint, dass die eigene Kognition zum Gegenstand von Kognition werden kann. Dieses Zusammenspiel von selbstbezogener Bewusstseinsinhalten, Gedächtnisrepräsentationen des

Individuums im Lebensvollzug werden als wesentlich für die Steuerung des Individuums angesehen. Die Integrative Therapie steht mit diesem Ansatz nicht alleine da. Je nach psychologischer oder philosophischer Schule werden diese Steuerungszentren mit den Begriffen Ich, Selbst, Seele, Geist, Logos benannt. Der Integrative Ansatz unterscheidet sich von anderen Ansätzen aber im Verständnis wie solche Systeme gesteuert werden und er bezieht sich dabei auf seine Referenztheoretiker *Lurija* und *Anokhin*. Seit *Lurija* und *Anokhin* geht die Neurowissenschaft nämlich davon aus, dass präfrontale Strukturen bei der Steuerung eine wichtige Rolle spielen, doch dass die Organisation der Abläufe ohne „Konvergenzzentrum“ stattfindet, d.h. ohne zentrale Steuerungseinheit.

Diese unterschiedlichen Annahmen sind gerade auch für das therapeutische Arbeiten wesentlich. Ziel therapeutischer Arbeit ist ja immer auch die Veränderung dysfunktionaler Lebensstile und die Beeinflussung des Selbst durch Selbsterfahrung. Wie in den obigen Ausführungen zu „dynamischen Regulation“ bereits vorweggenommen, unterscheidet die Integrative Therapie zwischen einem kontextbezogenen, neurobiologischen Lernen „on the brain level“ (materielle Prozesse) und einem auf dieser Basis möglichen „Lernen auf der Subjektebene“ (materielle/transmaterielle Prozesse verschränkt). Unter Selbsterfahrung wird im Integrativen Ansatz also nicht nur die Auseinandersetzung mit den persönlichen Willensentscheidungen bzw. die Bereitschaft, sich selbst zur Sozialisation zu machen, verstanden. Selbsterfahrung schliesst die materielle Basis immer mit ein. Im Prozess der Selbsterfahrung sind sowohl Internalisierung als auch die neuronalen Speicherungen sozialer, strukturgebender Informationen miteinander verschränkt. Ziel jedes Selbsterfahrungsprozesses ist die Förderung lebenswirksamer Regulation.

Wie hat man sich dieses Zusammenwirken von Psychischem und Physischem aber vorzustellen? Aufgrund seiner jahrelangen Forschungserfahrung im Bereich der kognitiven Psychologie kam *N. Bischof* zum Schluss, dass keinerlei Kausalrelation das Psychische und das Physische verbindet. Wohingegen die Beziehung zwischen dem Anschaulich-Seelischen und dem Anschaulich-Leiblichen (Erfahrung des Physischen, *Bischof*, 1996) durch kausale Muster erklärt werden. Die ontogenetischen und phylogenetischen Erfahrungen des Menschen im Raum des Mesokosmos haben zu habitualisierten kausalen Bedingungsmustern geführt, die unser Denken, Wollen und Handeln (Willenshandlungen) bestimmen, indem wir jeder Wirkung eine Ursache zuordnen. Akausalitäten oder multiple Kausalitäten als Verursachungs- und Explikationsprinzip zu denken, fällt dem Menschen aus evolutionsbiologischen Gründen schwer bzw. ist ihm fremd.

Nimmt man das dem Willen vorausgehende Bereitschaftspotential (s.oben *Kornhuber und Deecke*) auch für komplexes Willensgeschehen an, so bestimmt sich jede Situation durch zwei Momente: Durch die Aktuelsituation mit ihren Einflussmöglichkeiten und die durch die Situation aktualisierten onto- und phylogenetischen Erfahrungs- bzw. Erklärungsmuster in vergleichbaren Situationen. Dank diesem Repertoire an Überlebensstrategien gelang es der Menschheit, sich an ihre ökologische Nische (Mesokosmos) anzupassen und ihr Überleben zu sichern.

Weil durch die gewählten Verhaltensstrategien menschliches Überleben gesichert werden konnte, war es für die Entwicklung der Menschheit wichtig, nicht nur den Sachverhalt per se wahrzunehmen, sondern auch den Bedeutungsgehalt, den sie für das Überleben hatte, mitzuerfassen. Neuronale Netzwerke sind daher immer bedeutungserzeugende und bedeutungstragende Netzwerke. Die assoziativen Netzwerke der Grosshirnrinde befassen sich mit Semantik und Intentionalität, sie sind wie *Roth* (2006) feststellt, auf Gründe

ausgelegt und nicht auf Ursachen. Singer sieht die Gründe als „der ‚innere‘ erlebte Aspekt, *Ursachen* der ‚äussere‘ neurophysiologische Aspekt eines umfassenden Dritten, das offenbar deterministisch abläuft, uns aber grundlegend verschlossen ist“ (Singer 2004, 57).

Gründe sind, wie H. Petzold präzisiert, jedoch nicht nur im Innenraum des einzelnen Individuums anzusetzen, sondern sind zu verstehen als „Resultat von wertenden Auseinandersetzungsprozessen, intrasubjektiven und intersubjektiven Ko-responenzen darüber, was richtig oder falsch ist (Petzold 1978c), die mnestisch/neurobiologisch gespeichert werden als Muster, die durch eingehende *externale* Reize getriggert und dann erkannt werden, um dann später selbst weitere Prozesse durch *Vorstellungen* in einem „*self-triggering*“ aufzurufen und in Gang zu setzen.“ (Petzold, Sieper, 2008, S. 303).

Im Integrativen Ansatz wurde dieser „Bewirkeraspekt“ als eine Synergie von zerebraler Aktivierung und – auf der Grundlage einer komplexen Theorie des Bewusstseins – subjektiver, vorbewusster, teilbewusster und bewusster Intention stets betont. Der Mensch entwickelt eine Praxis des Wollens, weil er sich an seine Handlungen erinnert und seine Handlungsurheberschaft kennt. „In dieser Handlungspraxis entsteht ein Freiheitsraum, ein *metakognitiver* und *metavolitiver* Hintergrund und Rahmen, aus dem der Wille – unter Rückgriff auf die mnestischen Archive – in seinem neuronalen Fungieren *schöpft*, auch wenn die jeweils aktuellen Entscheidungen in konkreten Handlungssituationen zerebral *vor* dem Bewusstwerden initiiert wurden.“ (ebenda, S. 303).

5.2. Der Wille im therapeutischen Kontext

Wille wie im Integrativen Ansatz als bewirkender Antrieb verstanden, erweitert die triebtheoretische Sichtweise um den interaktionalen und motivationa-

len Aspekt. Der Integrative Ansatz lehnt sich dabei an die evolutionsbiologische Sichtweise an, die Antriebe als „komplexe motivierende Verhaltensdispositive“ sieht, welche in evolutionär ausgebildeten Programmen, „Narrative“ genannt, wurzeln. Der bewusste Wille steht am Anfang der Evolution des Menschen. Er hat eine Lerngeschichte, die sich als Lernen von Selbststeuerung umschreiben lässt. Anhand innerer Repräsentationen angestrebter Zielzustände lernen Menschen zu antizipieren, welche Effekte bestimmte Verhaltensweisen unter bestimmten Bedingungen mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit haben werden (*Goschke* 2006, 117). Sie lernen ein angepasstes Umgehen mit den Begrenzungen und mit den Freiräumen des Systems. Die Selbststeuerung ermöglicht eine Reduktion der sozialen Komplexität und eine Ausrichtung hin auf antizipierte Ziele.

Therapeutische Willensarbeit zielt darauf ab, den Patienten ihre Lerngeschichte von Selbststeuerung und ihrer Verantwortung für die eigene Sozialisation bewusst zu machen. Weil der Wille sowohl als „Potenzialität des Leibsubjektes“ wie auch „prozessual als Willensvollzug“, als sich realisierendes Wollen (*Petzold*, 2008, 526) zu verstehen ist, setzt therapeutische Willensarbeit auf allen Ebenen menschlichen Seins an. Sie durchleuchtet das Denken und die Antizipation von Zielen. Sie klärt die begleitenden Gefühle und bietet ein Übungsfeld an, wo der Wille in mentalem Probehandeln geübt werden kann. Sie fördert die Motivation im Handeln und unterstützt damit die Umsetzung der anvisierten Ziele in die Praxis. Wegen Eingebettetsein des Individuums in politische, gesellschaftliche, ökologische, ökonomische und ethische Rahmendbedingungen kann eine nachhaltige Wirksamkeit nur erreicht werden, wenn auch diese Rahmenbedingungen mit in den Blick therapeutischen Arbeitens genommen werden.

5.3. Messbarkeit des Erfolgs therapeutischer Willensarbeit

Der Erfolg therapeutischer Willensarbeit ist erkennbar an der Entwicklung folgender willensteuernder Fähigkeiten:

1. Flexibilität und Reizentbundenheit
2. Unterdrückung von Automatismen und Gewohnheiten
3. Impulsunterdrückung und Selbstkontrolle
4. Selbstreflexion und metakognitive Selbststeuerung (Petzold, H.G., 2008, 555)

6. Der integrative, mehrperspektivische Behandlungsansatz

Es dürfte klar geworden sein, dass auch in der therapeutischen Alltagspraxis mit einfachen, reduktionistischen Ansätzen der komplexen Wirklichkeit menschlichen Seins nicht gerecht zu werden ist. Es bedarf auch hier eines mehrperspektivischen Ansatzes, um den Menschen in seiner Mehrdimensionalität zu erreichen. Nur wenn auf der Basis differentieller Selbsterfahrung die regulativen Fähigkeiten aller Ebenen in den gesundheitsfördernden Prozess mit einbezogen werden, können nachhaltige Veränderungen bewirkt werden.

Die Vermittlung lebens- und gesundheitsfördernder Erfahrungsqualitäten geschieht im Integrativen Therapieansatz durch die Mittel der psychoedukativen Information und dem Einsatz nachfolgender Behandlungsmodi.

6.1. Behandlungsmodalitäten der Integrativen Therapie

6.1.1.

Übungszentriert-funktionale Modalität, exercise centered functional modality:

In diesem Arbeitsstil wird das gesunde Funktionieren des Organismus gefördert – durch systematische Übung und Training, z.B. durch empirisch evaluierte Formen der Lauftherapie/running therapy (*van der Mei, Petzold, Bosscher 1997*) oder andere Formen neuromotorisch begründeter Sporttherapie (*Petzold, Bloem, Moget 2003, Bloem, Moget, Petzold 2003*), Awareness- und Orientierungsübungen, assertiveness training, role training und andere „behavioral strategies“ (*Sieper, Petzold 2002*).

6.1.2.

Erlebniszentriert-stimulierende (agogische) Modalität, experience centered stimulating (psychoeducational) modality:

In diesem Arbeitsstil werden kreativitätsfördernde Methoden und kreative Medien eingesetzt, um das multisensorische und multiexpressive Potential der Patienten zu fördern, Ressourcen und protektive Faktoren zu mobilisieren, „alternative Erfahrungen“ und „salutogene Qualitäten“ auf der kognitiven, emotionalen, volitiven und behavioralen Ebene bereitzustellen etwa durch Rollenspiel, Imaginationsübungen, Gestaltmethoden, erlebnispädagogische Programme etc. (*Petzold, Orth 1990a*).

6.1.3.

Konflikt-zentrierte und störungsspezifische Modalität, conflict

Centered and disorder Specific modality

In diesem Arbeitsstil werden Krankheitsbilder mit störungsspezifischen Methoden prozessorientiert behandelt, mit ihnen verbundene bewusste Belastungen und Konflikte werden klärend und unbewusste Konflikte aufdeckend und durcharbeitend angegangen. Symptome von Störungen, psychodynamische Probleme und relevante Aktualkonflikte können so zielorientiert bearbeitet werden, wobei methodisch auf die Integrative Fokalthherapie, Methoden der Konfliktberatung, der Gestaltpsychotherapie, der „aktiven Psychoanalyse“ (Petzold 1993b, 2003a, 395ff) zurückgegriffen wird.

6.1.4.

Supportive, beratend-soziotherapeutische Modalität, supportive, socio-therapeutic/counseling-oriented modality:

In dieser Arbeitsform werden psychosoziale Problemlagen durchleuchtet und in ihrem Belastungspotential eingeschätzt, um dann Massnahmen der Hilfe und Unterstützung zu planen und einzuleiten und durch Methoden integrativer Beratung und Soziotherapie, z.B. gezieltes „case management“ zu unterstützen.

6.1.5.

Netzwerk- und lebenslageorientierte Modalität, network- and life situation oriented modality:

Diese Arbeitsform ist darauf gerichtet, mit dem Patienten die Ressourcen und Potentiale in seiner Lebenslage und in seinem sozialen Netzwerk aufzufinden

und zu nutzen sowie weitere Quellen des „social support“ und Möglichkeiten psychosozialer Hilfeleistung zu erschliessen. Derartige ressourcenorientierte (idem 1997p), „soziotherapeutische“ Massnahmen (idem 1997c) haben für den Erfolg von Therapien oft entscheidende Bedeutung und müssen in der Therapieplanung und Erstellung eines therapeutischen Rahmencurriculums berücksichtigt werden (*Hass, Petzold* 1999).

6.1.6.

Medikamentengestützte Modalität, medication supported modality.

Bei bestimmten Störungen und Krankheitsbildern, z.B. bei major depressions, ist eine stützende Behandlung durch Medikamente unverzichtbar (*Hüther*, 2003) und als Kombinationsbehandlung etwa in der Verbindung mit den Modalitäten 1,3,4 und 5 angezeigt.

Wie diese Behandlungsmodalitäten in der alltagstherapeutischen Arbeit konkret zum Einsatz kommen, soll am PatientInnenbericht von Frau Z, einer Burnout-Patientin beschrieben werden. Im Sinne der Anschaulichkeit wird das Augenmerk dabei einzig auf die berufliche Re-Integration gelegt, um die in den theoretischen Erläuterungen erwähnte Vielfältigkeit der Burnout-Symptomatik und deren Ursächlichkeit etwas einzuschränken. Der Fokus wird auf einige wenige Aspekte und Umstände gerichtet sein, die wie sich im Laufe des therapeutischen Prozesses zeigte die berufliche Reintegration der Patientin behinderten und ihren kreativen Umgang mit den beruflichen Herausforderungen schmälerte: Persönliche Willensgeschichte und Leistungsanforderung, emotionale Bindung an die Mutter und Liebeserfahrung durch Angepasstheit, Eltern/Kind-Beziehung und vermeidender Umgang mit Konfliktsituationen.

Keiner weiteren Erwähnung bedarf, dass jede therapeutische Intervention die Patienten in ihrer ganzen Leibgestalt (materiell und materiell/transmateriell) berührt und beeinflusst, weil alle Prozesse des Wahrnehmens und Erfahrens letztlich in der Leiblichkeit des Menschen gründen. Die im Folgenden eingenommen Perspektiven sind daher rein theoretischer Natur und nicht absolut zu verstehen.

7. Krankheitsanamnese

Bis 3 Jahre vor Beginn der Therapie erlebte Frau Z ihren Beruf als befriedigend und fühlte sich in ihrer Partnerbeziehung geborgen und wertgeschätzt. Sie hatte einen grossen Freundeskreis und pflegte eine gute Beziehung zu ihren Eltern und Geschwistern. Obwohl ihr Beruf sie zeitlich sehr in Anspruch nahm, fand sie immer wieder Freiräume, um sich Ihren Hobbies zu widmen. Die ersten Schwierigkeiten tauchten auf, als in der Schule das individualisierte Lernen Programm wurde. Frau Z reagierte mit Versagensängsten und Selbstzweifel auf die veränderten Anforderungen. Die Symptome wurden immer stärker als sie merkte, dass ihr Chef ihr seine Unterstützung versagte und auch ihr Partner für Ihre Situation kein Verständnis aufbrachte. Sie fühlte sich alleine gelassen und als Versagerin. Ihr gesundheitlicher Zustand verschlechterte sich kontinuierlich bis sie sich nicht mehr in der Lage fühlte zu unterrichten und die Therapeutin aufsuchte, um sich krankschreiben zu lassen.

7.1. Psychopathologischer Status:

Bewusstseinklar, allseits orientiert, keine Halluzinationen, Denk- und handlungsblockaden, Desorganisation, Konzentrations- und Gedächtnisschwäche,

negatives Gedankenkreisen, Entscheidungsschwierigkeiten, Insuffizienzgefühle, Gefühl der Leere, Gefühle der Hilflosigkeit und Ohnmacht, Existenzängste, Lustlosigkeit, Desillusionierung, Widerstand wieder an die Arbeit zu gehen, starke Distanzierung gegenüber Arbeitsproblemen, Resignation, Erschöpfung, Unausgeschlafenheit, verringerte emotionale Belastbarkeit, Reizbarkeit, Hoffnungslosigkeit, Zukunftsängste, Antriebslosigkeit, Durchschlafstörungen, Herzjagen, Gefühl der Enge, Panikattacke bei Vorstellung an die Arbeit zurückzukehren, Kraftlosigkeit, Depersonalisationsgefühle.

7.2 Anamnese

Frau Z ist 48 Jahre alt und als älteste von vier Kindern geboren. Ihre Eltern verloren beide jung einen Elternteil und wuchsen mit vielen Entbehrungen und sozialer Benachteiligung auf. Die Mutter litt als Erwachsene unter Depressionen. Der Vater brachte es dank seines Ehrgeizes und einer strengen Disziplin zu sozialer Anerkennung und beruflichem Erfolg. Beide Elternteile sahen ihren Lebenssinn in der Gründung einer Familie und der Förderung ihrer Kinder. Die Kinder sollten es einmal besser haben als sie selbst. Der hohe, positiv besetzte Stellenwert, den die Kinder für die Eltern hatten, führte zu einer starken emotionalen Eltern/Kind-Bindung.

Frau Z erlebte sich in ihrer Kindheit als sehr behütet und von ihren Eltern geliebt und unterstützt. Sie bewunderte an ihren Eltern, wie sie sich aus schwierigen sozialen Verhältnissen emporgearbeitet und sich dank grosser Willensanstrengungen aus ihrer Situation befreit hatten. Beide erlebte sie als positive, unhinterfragte Vorbilder. Als sozialer Emporkömmling vermittelte ihr der Vater klare und strenge moralische Wertevorstellungen. Soziale Anerkennung und beruflicher Erfolg waren Leitplanken im Wertesystem von Frau Z. Klare

Vorstellungen herrschten auch darüber, wie diese Ziele zu erreichen waren. Sätze wie „was man macht, muss man ernsthaft und richtig machen, sonst erzielt man keine Fortschritte“ oder „man muss sich quälen/es muss wehtun, wenn es nützen soll“ lernte Frau Z früh zu internalisieren und als Motiv für ihre Handlungen und ihr Erleben zu gebrauchen.

Frau Z machte die Lebensideale ihrer Eltern zu ihren eigenen Zielen. Sie war bestrebt, diese Ideale bestmöglich zu erfüllen und war ein sehr folgsames, angepasstes und leistungsorientiertes Kind. Auseinandersetzungen mit den elterlichen Normen, die zu einem normalen Ablösungsprozess gehören, fanden keine statt. Eine Auseinandersetzung mit Normen und Werten wurde ihr von den Eltern auch nicht vorgelebt. Da die Eltern ihre Kinder vor den selbst erlebten schlechten Lebenserfahrungen schützen wollten, pflegten sie einen sehr beschützenden und fürsorglichen Erziehungsstil, der wenig Spielraum für eigene Krisen- und Konflikterfahrungen zuließ und die persönliche Widerstandsfähigkeit von Frau Z eher schwächte denn stärkte.

Um ihrer depressiven Mutter keine zusätzlichen Sorgen zu bereiten und diese zu entlasten, übernahm Frau Z ihren Geschwistern gegenüber oft die Mutterrolle. Wurden ihre Geschwister zu laut oder stritten sie sich, schlichtete sie und sorgte für Ruhe und Ordnung. Ihre eigenen Bedürfnisse stellte sie zurück. Auch in der Schule galt sie als Musterschülerin. Ohne nennenswerte Probleme durchlief sie die Grundschule und schlug später eine pädagogische Laufbahn ein. Ihr Beruf bedeutete ihr sehr viel. Hier konnte sie ihre Stärken leben und erfuhr soziale Anerkennung. Ihre hohe Sozialkompetenz, ihre grosse Empathie- und Schwingungsfähigkeit, ihre Spontaneität und ihre überaus grosse Fähigkeit sich in Teams zu integrieren wurden sehr geschätzt. Noch bedeutsamer wurde ihr der Beruf als sich bei Frau Z nach zwei langjährigen gescheiterten Beziehungen und auch altersbedingt abzeichnete, dass sich ihr Wunsch nach einer eigenen Familie kaum mehr erfüllen lassen würde.

Frau Z lebt heute alleine. Seit einigen Jahren hat sie wieder eine intime Beziehung zu einem um einige Jahre älteren Mann, der, weil bereits Vater, keine weiteren Kinder wünscht. Ihr Lebenspartner arbeitete sich wie ihr Vater aus einfachen Verhältnissen beruflich zielstrebig empor. Bis zu ihrem gesundheitlichen Zusammenbruch erlebte Frau Z ihre Partnerbeziehung als sehr tragend und erfüllend und als bereichernde Ergänzung zu ihrem Beruf. In der Partnerschaft herrschte eine klare Rollentrennung. Frau Z übernahm eine sehr mütterliche Rolle. Sie war bemüht um eine warme und herzliche Atmosphäre in der Partnerschaft, hatte für alle Sorgen ihres Partners ein offenes Ohr und übernahm auch die Pflege des sozialen Netzwerkes. Sie sah es als ihre Aufgabe an, ihrem Partner, der als Heimkind aufgewachsen war, jene Nestwärme zu vermitteln, die er zeitlebens vermisst hatte. Dass sie auf der Gefühlsebene von ihrem Partner wenig zurück erhielt, konnte sie sich erst nach dem Zusammenbruch einzugestehen. Zuvor erlebte sie seine Distanziertheit in Gefühlsangelegenheiten ausreichend kompensiert durch die hohen moralischen Werte und Normen, denen er sich verpflichtet fühlte: Pflichtgefühl, Ehrlichkeit, Verlässlichkeit, Hilfsbereitschaft. Auch genoss Frau Z ihr gemeinsames Sexualleben. Die körperliche Ebene war der Ort, wo beide sich gefühlsmässig begegnen und die geschlechtlichen Gegensätze leben konnten. Die Beziehungsprobleme traten auf, als ihr Partner als Folge eines Schleudertraumas sexuell abstinenter zu leben begann und Frau Z in ihrer schwierigen Arbeitssituation dringend auf Verständnis und gefühlsmässige Unterstützung angewiesen gewesen wäre. Ihr Partner wollte die bestehenden Probleme nicht angehen und keine Hilfe von Drittpersonen in Anspruch zu nehmen. Für Frau Z brach daraufhin eine Welt zusammen.

Zur selben Zeit mehrten sich bei Frau Z die Schwierigkeiten im Beruf. 3 Jahre zuvor war ein neues Qualitätsmanagement eingeführt worden, das mit gewohnten Strukturen, Abläufen und Werten brach. Es fand ein eigentlicher Paradigmawechsel statt, weg von defizitorientiertem hin zu individualisiertem

Lernen. Leistungsziele, die für alle die gleiche Gültigkeit hatten und mit denen sich Frau Z bislang stark identifiziert hatte, waren plötzlich nichts mehr wert. Neu ging es um persönliches Ressourcenmanagement und individuelle Entwicklung. Frau Z, die ihre Bedürfnisse immer zugunsten anderer zurückgestellt hatte, sah sich plötzlich mit Fragen über Individualität, auch ihrer eigenen konfrontiert. Ihre Leitplanken „Anpassung an die allgemeingültige Norm und an die kollektiven Werte“ gerieten ins Wanken. Die Ziele waren nicht mehr gesetzt, sondern mussten entwickelt werden. Die Zukunft war nicht mehr klar, sondern ungewiss und forderte flexibles und kreatives Gestalten. Frau Z begann ihre berufliche Identität zu hinterfragen und zweifelte immer öfter an ihren Kompetenzen und Fähigkeiten. Minderwertigkeitsgefühle tauchten auf und plagten sie. Die Selbstzweifel übertrug Frau Z bald auch auf das in der Schule eingeführte Qualitätsmanagement-Projekt als solches, das sie immer öfter kritisierte und in Frage stellte. Dies ärgerte ihren karriereorientierten Vorgesetzten, der sich zum Ziel gesetzt hatte, die Neuerungen möglichst schnell und vorbildlich in die Praxis umzusetzen. Auf die von Frau Z wenig konstruktiv vorgebrachte Kritik am Projekt und seinem Führungsstil reagierte ihr Vorgesetzter mit klarer Machtdemonstration und verwies Frau Z auf ihre Pflichten und drohte ihr bei Nichteinhalten mit einer Kündigung. Auch hier brach für Frau Z eine Welt in sich zusammen. Früher wurde sie von ihrem Vorgesetzten dank ihrer umgänglichen Art, ihrer Anpassbarkeit und ihrem hohem Pflichtbewusstsein sehr geschätzt. Das neue Verhalten ihres Chefs ihr gegenüber erschütterte Frau Z in ihren Grundfesten. Es traten Konzentrations- und Gedächtnisprobleme auf. Sie hatte zunehmend Mühe sich zur Arbeit zu motivieren und fühlte sich antriebslos, körperlich erschöpft und kraftlos. Gefühle der Leere, Lustlosigkeit und Minderwertigkeit plagten sie. Die Zukunft erschien ihr hoffnungslos und sinnlos. In der Arbeit mit den Schüler/Innen erlebte sie Depersonalisationsgefühle. Sie konnte nicht mehr empathisch auf ihr Schüler/Innen reagieren, nahm dessen Bedürfnisse nicht

mehr wahr und reagierte auf deren Forderungen überemotional verbal abwertend und gereizt. Die Wochenenden und die Ferien reichten zur Erholung schon längst nicht mehr aus. Nur schon beim Gedanken wieder zur Arbeit gehen zu müssen, reagierte sie mit heftigsten vegetativen Symptomen (vgl. Psychostatus).

Weder ihr Vorgesetzter noch ihr Lebenspartner hatten für ihre Frustrationen und Ängste Verständnis. Frau Z war von beiden bitterlich enttäuscht und verletzt. Nachdem sie sich jahrelang im Beruf wie im Privatleben engagiert für das Wohl der anderen eingesetzt hatte, nahm sich niemand Zeit für sie. Jetzt, wo sie zum ersten Mal emotionale Unterstützung gebraucht hätte, fühlte sich Frau Z von ihrem Lebenspartner vernachlässigt und in ihren Sorgen und Nöten alleingelassen. Frau Z schaffte es nicht mehr von sich aus um professionelle Hilfe nachzusuchen. Erst als die Schulleitung ihr mit Kündigung drohte, wandte sie sich für rechtliche Unterstützung an die Lehrerberatung. Eine Therapie lehnte sie weiterhin entschieden ab. Zu uns kam Frau Z, weil sie für die krankheitsbedingten Absenzen ein Arztzeugnis brauchte. Sie hoffte immer noch, mit etwas Erholung die Situation alleine bewältigen zu können. Erst mit der Zeit und psychoedukativer Aufklärung konnte sich Frau Z auf die therapeutische Beziehung einlassen und ihre Therapieziele formulieren: Wieder Freude am Beruf finden oder Klärung der beruflichen Perspektiven. Stärkung des Selbstvertrauens. Steigerung des Selbstwertes. Erlernen von Entspannungstechniken. Hilfestellung im Umgang mit schwierigen Situationen und bei der Führung von anspruchsvollen Gesprächen und intellektuellen Aufgaben. Klärung ihrer Wertvorstellungen und ihres Leistungsanspruches, Besprechung der Beziehungsproblematik.

8. Behandlungsverlauf

Wie bereits erwähnt, wird in der vorliegenden Arbeit über Burnout auf den Aspekt der beruflichen Re-Integration fokussiert. Der berufliche Re-Integrationsprozess von Frau Z wird im nachfolgenden Behandlungsverlauf aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet. Es werden mögliche Behandlungsansätze zur Steigerung der Integrationsfähigkeit aufgezeigt. In der praktischen Arbeit bestätigte sich, was in den Konzepten des informierten Leibes und der dynamischen Regulation erkannt wurde. Auch zeigte sich, wie wichtig der Wille als veränderungsbewirkender Antrieb im System Mensch-Mitmensch-Umwelt ist.

Im Falle von Frau Z machte es Sinn folgende Ebenen in den Blick zu nehmen: Leibperspektive, Störungs- und Problemperspektive, Beziehungsperspektive, Ressourcenperspektive und Sinnperspektive. Die Gliederung des nachfolgenden Behandlungsverlaufes ist theoretischer Natur und dient lediglich der Systematisierung. Im therapeutischen Alltag überschneiden sich die einzelnen Themenbereiche, denn Selbsterfahrung wird immer auf allen Ebenen wirksam. In den ersten Therapiewochen standen zwar die Themen der Strukturierung des Alltags und das Festlegen von Prioritäten im Vordergrund, damit Frau Z möglichst schnell wieder ein Gefühl von Sicherheit und Selbstwirksamkeit erleben konnte. Doch gleichzeitig wurde mit Frau Z nach begleitenden sporttherapeutischen Aktivitäten gesucht, die sie regelmässig im Alltag machen sollte. Es wurde mit ihr auch besprochen, was es brauchte, um die Übungsaufgaben erfolgreich umzusetzen. Man vereinbarte, dass die Therapeutin wiederholt nachfragen würde, wie die Lernfortschritte seien. Die Übungserfolge wurden dadurch angemessen gewürdigt und die Misserfolge konnten besprochen und aufgearbeitet werden. Das häufige Wiederholen der in den Stunden besprochenen und gezeigten Übungen (Atem- und Entspannungsar-

beit, Awarenessübungen) im Alltag sowie das Aquatraining, das sie regelmässig machte und die kontinuierliche Überprüfung der Lernschritte durch die Therapeutin waren für den Behandlungsverlauf sehr wichtig. Sie machte die Erfahrung, dass sie wollen und mit diesem Wollen etwas bewirken kann. Die psychoedukative Informationen seitens der Therapeutin über die Verschränkung von materiellen und transmateriellen Prozessen halfen Frau Z sich immer wieder neu zu motivieren. Durch die regelmässige Überprüfung der Lernerfolge durch die Therapeutin wurden die Lernerfolge von Frau Z stetig gewürdigt, was zu einer nachhaltigen Verankerung positiver Selbstwertgefühle führte und sich verstärkend auf die Motivation und das Durchhaltevermögen von Frau Z auswirkte.

Diese ungebrochene Unterstützung seitens der Therapeutin und die Ausdauer mit der Frau Z ihre Übungen praktizierte waren für den Behandlungserfolg massgebend.

9. Leibperspektive

Zu Beginn der Therapie war Frau Z in einer sehr schlechten körperlichen und leiblichen Verfassung. Sie reagierte auf die Konflikte am Arbeitsplatz und in der Beziehung mit zahlreichen Symptomen: Schlafstörung, Herzjagen, Übererregtheit, Kraftlosigkeit, Erschöpfung, Depersonalisationsgefühle, Angespanntheit, gedrückte Stimmung, Dekondition, Gedankenkreisen, Konzentrationsprobleme, Hoffnungslosigkeit, Existenzängste, Resignation, verminderter Antrieb im Zusammenhang mit der Arbeitssituation etc.

Als personales Leibsubjekt (*Petzold 2000h*) erlebte sie die Überforderung in der Konfliktbewältigung auf allen Ebenen ihres Seins. Es kam offenbar zu einem veränderten Gehirnstoffwechsel und zu einem Ungleichgewicht der Botenstoffe mit entsprechenden oben erwähnten Konsequenzen (*Hüther,*

2004). Gleichzeitig wirkte sich ihr biografisch bedingter und neurobiologisch aufgezeichneter volitive Stil keine Hilfe in Anspruch zu nehmen und alle Probleme selber zu lösen, um der depressiven Mutter nicht zur Last zu fallen, negativ verstärkend auf ihr körperliches und leibliches Wohlbefinden aus (Transmaterielles wirkt in Materiell-Organismisches). Im intersubjektiven Prozess mit ihrer depressiven Mutter war es zu einer überstarken Anpassung an die Bedürfnisse der Mutter auf Kosten der eigenen Identitätsentwicklung gekommen. Frau Z definierte sich hauptsächlich durch die Erwartungen der anderen. Ihre eigenen Gefühle, Empfindungen, Wünsche etc. nahm sie nur sehr vage wahr. Das eigene Wollen war schwach und wenig differenziert ausgebildet. Gefangen in diesem „Teufelskreis“ brachte Frau Z nicht mehr den Willen auf, sich um professionelle Unterstützung zu bemühen. Erst nachdem die Schulleitung Frau Z unter Druck gesetzt hatte und ihr mit einer Kündigung drohte, suchte Frau Z die Lehrerberatungsstelle auf. Von einer Therapie wollte sie weiterhin nichts wissen. Die frühen Erfahrungen mit ihrer depressiven Mutter prägten ihr Selbstverständnis, auch mit schwierigen Situationen alleine fertig werden zu müssen. Weil Frau Z die Ursache für ihr Leiden den Rahmenbedingungen (Qualitätsmanagement, Vorgesetzter) attribuierte, gab es für sie keinen Grund an sich selber zu arbeiten. Erst als die körperlichen Kräfte erschöpft waren und Frau Z krankgeschrieben werden musste, fand ein psychiatrisch-ärztlicher und ein therapeutischer Erstkontakt statt.

Das wertschätzende und supportive Beziehungsangebot der Therapeutin bereitete bei Frau Z den Boden für ein korrekatives, emotional-entlastendes Lernen (amygdalärem Lernen, vgl. *Petzold, Orth* 2008, 607, nämlich sich helfen zu lassen. Auf dieser Grundlage konnte konfliktzentriert weiter gearbeitet werden. Symptomentsprechend wurde über psychoedukative Information ihre Einsicht in ihr Krankheitsgeschehen (kognitiv-verstehendes, präfrontales Lernen *Petzold, Sieper*, 2008) und ihre Willenskraft gestärkt. Aufgrund der körperlichen und psychischen Beschwerden hatte Frau Z wenig Hoffnung,

dass sich an ihrer Situation etwas ändern würde. Ihr Wille war geschwächt. Sie konnte nicht mehr wollen, auch nicht das für sie Gute. Stellvertretend für Frau Z übernahm daher die Therapeutin in der ersten Behandlungsphase das Wollen und die Hoffnung auf Besserung und Veränderung der Situation. In direktivem Anleiten zeigte die Therapeutin Frau Z die biopsychophysischen Zusammenhänge auf und wie sie das sich im Ungleichgewicht befindliche System bzw. Teilsysteme regulieren konnte. Die Therapeutin besprach mit Frau Z die Vor- und Nachteile einer medikamentösen Therapie und wie dadurch der gestörte Gehirnstoffwechsel wieder reguliert werden konnte. Mit Frau Z wurden auch alternative Regulationsmöglichkeiten wie sie beispielsweise in der Integrativen Bewegungstherapie (Petzold 2002g) zur supportiven Stabilisierung ihre Anwendung finden, besprochen. Um die Antriebslosigkeit zu beeinflussen wurde von der Therapeutin anregende Bewegungsübungen eingeführt und sporttherapeutische Interventionen vorgeschlagen. Zur Spannungsregulation machte die Therapeutin mit der Patientin respiratorische Empfindungsarbeit nach *Middendorf*.

Frau Z lehnte eine medikamentöse Therapie ab. Hier wollte sie keine Unterstützung annehmen, sondern aus eigener Kraft aus der Situation herausfinden. Frau Z konnte sich aber darauf einlassen mit alternativen Behandlungsformen zu versuchen, ihre depressive Symptomatik auf der Körper- und Leibebeane anzugehen und folgenden Behandlungsvorschlag annehmen: Mit aktiver Bewegung sollte ihre Fitness und ihre Vitalität gesteigert und die Selbstwirksamkeit auf der Leibebeane erlebbar gemacht werden. Entspannungstechniken sollten zu salutogenem Selbstempfinden auf der Leibebeane verhelfen. (Petzold, 2005r). Diese psychoedukative Information überzeugte Frau Z von der Notwendigkeit, sich einer therapeutischen Behandlung zu unterziehen und sich bei der Bewältigung ihrer Probleme helfen zu lassen. Da Frau Z sehr erschöpft war und die Zeit wegen der angedrohten Kündigung

drängte, stand die schnelle körperliche Erholung und Regeneration im Vordergrund. Frau Z absolvierte einen 10-tägigen stationären Kuraufenthalt. Durch Sport, Spaziergänge in der Natur und Entspannungstraining (Muskelrelaxation nach *Jacobsen*) steigerte sie ihre körperliche Fitness und förderte ihre psychophysische Erholung.

Nachdem Frau Z sich mit ihren Sorgen lange Zeit alleine gelassen fühlte, erlebte sie während ihres Klinikaufenthaltes zum ersten Mal seit längerer Zeit wieder Gefühle von Solidarität durch Austausch in Gruppen mit Leidensgefährten und –gefährtinnen. In der Teilnahme am kollektiven Gruppenwillen, gemeinsam Wege zu einer besseren Work-life-Balance zu finden, erstarkte ihr Wille. In der Interaktion mit Anderen kam es zur Entwicklung salutogener Regulationsperspektiven (*Petzold, 2000h*). Frau Z kam im Willen gestärkt, sich auf eine Therapie einzulassen, aus dem Kuraufenthalt zurück.

9.1. Leib-, Bewegungs- und sporttherapeutische Massnahmen

9.1.1. Konditionsaufbau

Beim Erstkontakt war Frau Z völlig deconditioniert. Sie hatte in den Jahren des schleichenden Krankheitsverlaufs die Gewohnheit angenommen sich nach der Arbeit hinzulegen. Danach schaute sie oft stundenlang fern, weil sie sich zu müde für eine aktive Freizeitgestaltung fühlte. Dieses Abendritual hatte zur Folge, dass Frau Z jeweils erst früh morgens einschlafen konnte und sich schlecht erholte. Mangels körperlicher Betätigung legte sie an Gewicht zu und war mit sich und ihrem Aussehen unzufrieden.

Bei der Besprechung der Freizeitgestaltung und der Erreichung und Erhaltung einer guten körperlichen Fitness fasste Frau Z den Willensentschluss (*Dezisionalität*), täglich spazieren zu gehen, Aquatraining zu machen und ihre alte Leidenschaft zu tanzen wieder zu beleben.

Obwohl Frau Z schnell klar geworden war, dass sie nur durch gezieltes Training und ein aktives Freizeitverhalten ihre physische und psychische Belastbarkeit würde erhöhen können, kam sie nicht über die ersten Schritte der Umsetzung (*Konversion*) hinaus. Sie hatte keine Durchhaltekraft (*Persistenz*), um sich für aktive Bewegungsformen zu motivieren. Die Gründe für diese Willensschwäche erschlossen sich Frau Z erst in einer späteren Phase der Therapie, als sie gelernt hatte, sich als *informiertes Leibsubjekt* besser wahrzunehmen. Bei einer angeleiteten Empfindungsübung (vgl. unten), bei der Frau Z ermutigt wurde, sich ihre Empfindungen bei der Vorstellung sportlicher Aktivität bewusst werden zu lassen (from muscle to mind) und nachzuspüren wie lange sie diese negativen Bewertungen Sport gegenüber (Erinnern der ontogenetischen Erfahrung) schon hatte, wurden Frau Z folgende Zusammenhänge evident: Frau Z betrieb in ihrer Jugend Leistungssport. Auch hier ver-

suchte sie ihr Bestes zu geben, um ihren Vater, der sie in sportlicher Hinsicht sehr motivierte, zu gefallen. Wegen ihrer Glaubenssätze „es muss weh tun, soll es etwas nützen“ übergang sie fortwährend ihre Leistungsgrenze bis sie diese kaum mehr wahrnehmen konnte. Erst nachdem der Hausarzt, der wegen persistierender Rückenschmerzen konsultiert worden war, ihr nahe legte den Leistungssport aufzugeben, schonte sie sich. Das Wahrnehmen dieser Zusammenhänge motivierte Frau Z einen neuen Zugang zu Bewegung und ihrem Körper zu finden. Der Feedbackeffekt der Leibempfindung bei der Vorstellung sportlicher Aktivität auf das Gehirn als „movement produced information (Döring-Seipel 1996, Petzold 2002j, 2004) aktualisierte die ontogenetische Erfahrung, die nun der willentlichen Einflussnahme in Form neuer Bewertung zugänglich wurde (vgl. Kornhuber und Deecke).

9.1.2. Entspannungs- und Awarenessstraining

Frau Z fühlte sich von den Leistungsanforderungen im Rahmen des Qualitätsmanagements überfordert. Sie vermochte die geforderte Leistung nicht mehr zu erbringen (Mierke 1955). Mit negativen Bewältigungsmustern (coping strategies, Stresstheorie von Lazarus & Launier 1981) versuchte sie die Kontrolle zu behalten. Sie begann, ihren Chef zu kritisieren und reagierte gereizt und verbal aggressiv auf die Forderungen Ihrer Schüler/Innen. Eine gesunde Abgrenzung gegenüber den Anliegen und Forderungen anderer und ein konstruktiver Umgang mit ihren Überforderungsgefühlen gelang ihr erschöpft wie sie war nicht mehr. Es entstand ein Konflikt zwischen den hohen eigenen Leistungserwartungen und ihrem Verhalten den Schüler/Innen gegenüber. Dieser Konflikt spitzte sich zu bis Frau Z es sich nicht mehr vorstellen konnte als Lehrerin tätig zu sein. Bereits beim Gedanken, wieder arbeiten zu müssen, reagierte Frau Z mit enormen vegetativen Symptomen (Herzjagen, erhöhter

Puls, Schweissausbrüche, Ängste, Schlaflosigkeit etc.). Sie konnte sich nicht mehr entspannen und spürte ihre Leistungsgrenzen nicht mehr.

Die ersten Therapiesitzungen hatten das Ziel anhand von Awareness-Übungen das eigenleibliche Empfinden zu fördern und sich als *informiertes Leibsubjekt* besser zu spüren. Es ging darum, dass Frau Z sich in Zeiten emotionaler Belastung besser entspannen und ihre leiblichen und psychischen Belastungsgrenzen besser spüren lernte. Diese positiv erlebte Selbsterfahrung auf der Leibebene führte auf der mentalen Ebene zu einem leistungsunabhängigeren Identitätsgefühl und wurde als sehr stabilisierend empfunden (bottom-up-Intervention, *Petzold, Sieper* 2008, 566ff). Zudem konnte Frau Z sich dank verbesserter eigenleiblicher Wahrnehmung an die Gründe erinnern, die zu ihrer negativen Bewertung sportlicher Aktivität führte.

9.1.3. Awareness-Übung

Das eigenleibliche Empfindungsvermögen wurde in der Therapie anhand einer Atemübung nach Atemlehre von *Middendorf* (1985) eingeübt.

Die Atemarbeit hatte das Ziel ein bewusstes Wahrnehmen des Leibes (Gefühle und Gedanken) und ein bewusstes Spüren zu fördern. Es ging in der Therapie nicht darum, Frau Z eine Technik zur Veränderung des Atems zu lernen, sondern sie hin zu einem wohlwollenden Beobachten und Spüren ihres Leibes zu führen bzw. sie in ihrem eigenleiblichen Wahrnehmen zu unterstützen.

Übungsanweisung:

Frau Z wurde gebeten sich auf ihre Sitzhocker zu setzen, die Oberschenkel leicht abwärts geneigt, damit der Atem gut fließen konnte. Die Hände ruhten auf den Oberschenkeln. Frau Z richtete ihre Aufmerksamkeit ihrem Tempo gemäss zuerst auf die Sitzhocker, dann auf ihre Haltung. Sie wurde aufgefor-

dert in ihre Aufrichtung zu spüren, zu schauen, ob und wie der Kontakt zum Boden war. Wie erlebte sie ihren Atemfluss dabei?

Dann legte sie ihre Hände übereinander in ihre Mitte unterhalb des Brustbeins und erspürte auch hier wieder ihren Atem.

Frau Z wurde eingeladen aufzustehen. Im Stehen spürte sie in ihre Füße hinein. Sie richtete ihre Aufmerksamkeit auf ihre Ausdehnung und die Verbindung, die sie zum Boden hatte. Sie erspürte ihre Verwurzelung mit der Erde. Nachdem sie ihre Aufmerksamkeit erneut auf den Atemfluss gerichtet hatte, wurde sie eingeladen, ihr Gewicht abwechselnd von einem Fuss auf den anderen zu verlagern, mit Betonung auf den Grosszehenballen. Sie achtet auf den Atem, nahm wahr wie dieser floss und wie er sich mit der Bewegung veränderte. Danach lenkte sie ihre Aufmerksamkeit wieder auf den Kontakt zum Boden. Wie fühlte sie diesen nach der Bewegung? Dann setzte sie sich wieder hin.

Im Sitzen erspürte sie nochmals den Boden unter ihren Füßen, dann richtete sie ihre Aufmerksamkeit zuerst hin zum rechten Bein, den Oberschenkeln, den Sitzhöcker. Sie rollte über ihre Sitzhöcker, erspürte die Spanne, den Raum zwischen Sitzbeinhöckern und dem Schambein, erspürte den Beckenraum. In Gedanken wanderte sie die Wirbelsäule hoch bis zur Halswirbelsäule und zum Kopf. Dann nahm sie die Aufrichtung vom Kreuzbein bis zum Kopf wahr, dann den Brustkorb mit den Rippenbögen und den erlebbaren Raum in ihr. Sie erspürte den Bauchraum. Zuletzt richtete sie ihre Aufmerksamkeit wiederum auf das Fließen ihres Atems im Körper und nahm sich in ihrer ganzen Leibgestalt wahr.

Mit jeder Übungsstunde verbesserte sich die eigenleibliche Wahrnehmung von Frau Z. In Erregungssituationen gelang es Frau Z zunehmend besser sich zu regulieren bzw. zu beruhigen, indem sie ihre Aufmerksamkeit auf ihren Atem und ihren Leib richtete. Ihr Gefühl von Selbstwirksamkeit nahm zu. Sie fühlte

sich psychisch belastungsfähiger und gestärkt. Frau Z konnte sich vorstellen, wieder an ihre Arbeit zurückzukehren.

9.1.4. Imaginationsübung

Mit mentalem Training wurde im folgenden versucht, die in der Leibarbeit gewonnene Stabilität als protektiv wirkender Faktor gegen die als destabilisierend erlebten Herausforderungen des beruflichen Alltags zu setzen (*Petzold, Sieper* 2008, 566ff). Eine auf das Erleben zentrierte und stimulierende Imaginationsübung (*Petzold, Orth* 1990a) sollte Frau Z in wertschätzendem therapeutischem Beziehungsumfeld (korrektives amygdaläres Lernen) den Raum für neue Erfahrungsmöglichkeiten ermöglichen. Auf diese Weise konnten biografisch begründete habitualisierte Verhaltensmuster durch alternative Strategien im Umgang mit der belastenden beruflichen Alltagssituation ausprobiert und mental verankert werden (*Petzold* 2003a, 1012f). In einer Imaginationsübung stellte sich Frau Z vor, wie sie an die Schule zurückkehrte und achtete dabei aufmerksam auf ihre Gefühle und ihre Körperempfindungen. Der Wiedereinstieg wurde in der Fantasie schrittweise durchgespielt. In Sequenzen emotionaler Uebererregtheit richtete Frau Z ihre Aufmerksamkeit bewusst wieder auf ihre Körperempfindungen und ihren Atem. Frau Z lernte sich zu steuern und zu regulieren.

Bei der Vorbesprechung des ersten Arbeitstages wurde Frau Z bewusst, dass ein erfolgreicher Wiedereinstieg nur dann gelingen könnte, wenn sich die Beziehungssituation mit ihrem direkten Vorgesetzten entspannen würde und wenn und die Art und Weise der weiteren Zusammenarbeit geklärt werden konnte. Um sie auf das Gespräch mit ihrem Chef vorzubereiten, mussten vorgängig ihre eigenen Erwartungen (vgl. Stuhlarbeit weiter unten) geklärt werden: „Was will ich erreichen?“ „Was will ich sagen?“ „Was will/muss ich vermeiden?“ „Wo brauche ich die Hilfe und Unterstützung der Therapeutin?“ Da Frau Z ihre Grenzen zunehmend besser einzuschätzen wusste, erkannte sie

schnell, dass sie für dieses Gespräch mit dem Vorgesetzten soziale und professionelle Unterstützung brauchte. Sie hatte gelernt, Hilfe anzunehmen. Sie bat die Therapeutin ans Erstgespräch mitzukommen.

Frau Z erlebte die Anwesenheit der Therapeutin als sehr beruhigend und unterstützend. Im gemeinsamen Gespräch konnte Frau die in der Therapie formulierten Erwartungen und Wünschen ihrem Chef gegenüber sachlich gut vertreten. Das mentale Üben hatte sich auszahlt. Der Boden für einen beruflichen Wiedereinstieg war gelegt.

9.1.5. Förderung eines gesundheitsbewussten und leibaktiven Lebensstils

Je besser sich Frau Z im weiteren Verlauf der Therapie eigenleiblich wahrzunehmen und zu spüren lernte und sich als *e i n* Leibsubjekt erlebte, umso bewusster wurde ihr, dass sie etwas für ihren Körper und ihren Leib tun musste, wollte sie sich in ihm wohl und zuhause fühlen. Als ersten Schritt zu einem gesundheitsbewussteren und leibaktiveren Lebensstil wollte Frau Z ihre Abende nicht mehr nur mit Fernsehen verbringen, sondern nahm sich vor, zweimal in der Woche abends spazieren zu gehen. Aus Zeitgründen war ihr nicht mehr möglich. Bei der strukturierten Planung ihrer Freizeit fiel auf, wie ein Grossteil der freien Zeit für das Erledigen von Haushaltarbeiten (sie besass ein grosses Haus mit Garten) beansprucht wurde. Diese Arbeiten belasteten und erschöpften sie emotional sehr, da sie diese sehr ungern machte. Durch gezieltes „case management“ (Ossola, Petzold 2003) wurden unterstützende konkrete Massnahmen zur Stabilisierung der psychosozialen Situation geplant und eingeleitet. Frau Z entschied sich eine Putzfrau zu engagieren, die sie von der Arbeit im Haushalt entlastete. Rückblickend war dies ein ganz wichtiger Schritt im Behandlungsverlauf. Der Entscheid eine Putzfrau zu engagieren, setzte bei Frau Z sehr viel Energie frei, die sie nun für die Gestaltung einer

leibaktiven Lebensgestaltung nutzen konnte. Frau Z fand plötzlich Zeit und Lust spazieren zu gehen, zu tanzen und zu reisen.

10. Störungs- und Problemperspektive

10.1. Veränderung von negativen und dysfunktionalen Kognitionen

10.1.1. Zielmanagement/Zeitmanagement

Aufgrund der kognitiven Beeinträchtigungen fiel es Frau Z schwer, ihren Alltag zu strukturieren und ihre administrativen Angelegenheiten zu regeln. Dieser Desorientiertheit im Denken wurde in der Therapie durch das Angebot von Strukturierungshilfen (korrigierendes präfrontales Lernen) begegnet. Frau Z lernte einen angepassteren Umgang mit ihren Begrenzungen und Freiräumen (Goschke 2006, 117), was ihre Selbststeuerung erhöhte. Beim Planen und Organisieren des Tages- und Wochenablaufs lernte sie neu ihr Augenmerk vermehrt auf die Ausgewogenheit von Arbeitszeit und Erholungszeit zu richten und Prioritäten zu setzen. Sie führte eine Aufgabenliste, um die Komplexität der Anforderungen zu reduzieren. Jede verrichtete Aufgabe strich sie rot durch. Damit erhielt sie ein sehr plastisches Bild ihres Leistungsvermögens und ihrer Selbstwirksamkeit. Auch konnte die Verwirrtheit im Wollen geordnet und hierarchisiert werden. Die gewonnene Zeit erschloss Freiräume des Willens.

10.2. Veränderung von dysfunktionalen emotionalem und volitiven Stilen

Frau Z hatte gelernt sich besser eigenleiblich wahrzunehmen. Sie hatte wieder Struktur in ihren zuvor chaotischen Alltag gebracht. Das Erreichte veränderte auch ihre emotionale Grundbefindlichkeit. Gefühle von Resignation und Hoffnungslosigkeit als Ausdruck fehlenden Willens verschwanden zugunsten neu gewonnener Perspektiven und Handlungsräume. Frau Z traute sich zu, ihre Arbeit teilzeitlich wieder aufzunehmen. Bei der Vorbesprechung ihres beruflichen Wiedereinstiegs erlebte Frau Z nochmals ihre Wut ihrem Vorgesetzten gegenüber. Durch die unterschiedlichen Ansichten über das weitere Vorgehen war sie in einen grossen innerlichen Konflikt geraten. Es fiel Frau Z auf, wie schwer es ihr fiel, sich angemessen für ihre Ziele und Wünsche einzusetzen. Die Anliegen der anderen hatten bei ihr immer Priorität. Sie war es nicht gewohnt, ihre eigenen Interessen und Anliegen adäquat zu vertreten. Um sie in ihrem eigenen Wollen und ihrer Willensentwicklung besser unterstützen zu können, wurde ihr von der Therapeutin empfohlen eine Bildgeschichte über die Entwicklung ihres Willens zu verfassen. In der Bearbeitung biografischer Willenserfahrungen werden dysfunktionale Kognitionen von Hilflosigkeit und Ohnmacht ersetzt durch bewusste Verantwortung für die eigene Sozialisation (*Petzold* 2008, 526).

10.2.1. Panoramatechnik in der Arbeit mit dem Willen

Die Panoramatechnik (entwickelt von *Petzold* 1969c) sollte Frau Z zu einem Überblick über wesentliche Willenserfahrungen in der Vergangenheit und der Gegenwart verhelfen und ihr einen Ausblick/Entwurf zukünftigen Willensgeschehens ermöglichen. Nach einer kurzen Awareness-Übung, um ins Spüren zu kommen, versuchte Frau Z aus der Erinnerung folgende Fragen zu beant-

worten: Wie und was hat ihren Willen gefördert, behindert, beschädigt? Wann, wie und wodurch ist dies geschehen?

Frau Z schrieb oder malte die Antworten auf ein Papier in der Grösse eines Flip-Charts-Bogens. Beim anschliessenden Erzählen ihrer Willensgeschichte wurde evident, dass Frau Z die Ideale der Eltern grösstenteils zu ihren eigenen Zielen gemacht hatte. Dadurch erhielt sie Liebe und Anerkennung. Sie hatte keine Erfahrung im gegensätzlichen Wollen und damit auch keine Konfliktbewältigungserfahrung. Diese Erfahrung fehlte ihr nun auch im Konflikt mit ihrem Vorgesetzten. Frau Z ging von der Annahme aus, dass das Gegenüber die gleichen Interessen und Anliegen hatte wie sie selbst. Sie war es nicht gewohnt, jemanden erklären zu müssen, was sie wollte und was ihre Bedürfnisse waren. Sie meinte, die anderen wüssten dies. Diese falsche Erwartungshaltung führte selbstverständlich immer wieder zu Missverständnissen und Konflikten. In der Therapie lernte sie, die eigenen Bedürfnisse und den eigenen Willen wahr zu nehmen und fand den Mut, diese auch anderen gegenüber zu artikulieren.

Bei der Betrachtung der negativen Willenserfahrungen, z.B. ihr Scheitern, eine Familie zu gründen, wurde ihr nochmals leibhaftig erfahrbar, dass sie sich von diesem Lebensziel noch nicht ausreichend verabschiedet hatte. Es fiel ihr in der Folge schwer, sich auf neue Lebensziele einzustellen.

10.3. Veränderung von dysfunktionalen kommunikativen Stilen

10.3.1.. Strategien der Konfliktbewältigung: Einübung eigenen Wollens in einer Arbeit mit dem leeren Stuhl

In der Auseinandersetzung mit ihrem Vorgesetzten kam es bei Frau Z immer wieder zu Missverständnissen und gegenseitigen Verletzungen. Frau Z fühlte

sich von ihrem Vorgesetzten in ihrer Leistung nicht genügend wertgeschätzt. Sie misstraute ihm und war der festen Überzeugung, dass er ihr kündigen wollte. Ein Stellenwechsel kam für Frau Z jedoch nicht in Frage. Sie wohnte in der Nähe des Arbeitsortes und besass ein eigenes Haus mit Garten, das sie nicht verlassen wollte. Ausserdem fühlte sie sich mit der Region und ihren Bewohnern sehr stark verwurzelt und verbunden, auch wenn die Eltern der Schüler/Innen ihre Arbeit zunehmend kritisierten. Einen Monat nach Therapiebeginn fühlte sich Frau Z genügend stark für einen beruflichen Wiedereinstieg. Sie wollte aus erwähnten Gründen bei ihrem gegenwärtigen Arbeitgeber den beruflichen Einstieg versuchen und sich der schwierigen Situation mit ihrem Vorgesetzten stellen.

Zur konfliktzentrierten Klärungsarbeit bietet die Therapeutin das Rollenspiel an, um die holografisch gespeicherten Informationen vergangener Autoritätserfahrungen durch Reinszenierung im gegenwärtigen Spiel der salutogenen Bearbeitung zugänglich zu machen. (Petzold 1982g, 2008b). Im Rollenspiel wurde der erste Kontakt mit dem Vorgesetzten nach der Rehabilitationszeit eingeübt. Die Voraussetzung für die Anwendung des Rollenspiels ist die Identifikation, d.h. der Patient/In sollte fähig sein, sich zu identifizieren. Frau Z setzte in der Vorstellung ihren Vorgesetzten auf einen leeren Stuhl vis-à-vis von ihr und versuchte ihrem Chef zu sagen, wie es ihr geht und was sie braucht, um die Arbeit wieder aufnehmen zu können. Danach nahm sie die Rolle ihres Vorgesetzten ein und spürte nach, wie die Worte von Frau Z bei ihm ankamen. In diesem Rollenwechsel realisierte Frau Z zum ersten Mal, in welchem forderndem Ton sie mit ihrem Chef sprach. Ein Tonfall, der ihrer Position in keiner Weise angemessen war. Mangels fehlender Konfliktbewältigungsstrategien in der Auseinandersetzung mit Autoritätspersonen fehlte Frau Z die Übung, ihre Anliegen sachlich, aber bestimmt zu vertreten. Das Rollenspiel verdeutlichte Frau Z nochmals, wie wichtig ein klärendes Ge-

spräch mit ihrem Vorgesetzten vor der Wiederaufnahme ihrer Arbeit war, um vorhandene Missverständnisse zu beseitigen und dass sie das erste Gespräch mit ihrem Vorgesetzten zu dritt (mit therapeutischer) Begleitung führen wollte.

Das Gespräch fand kurze Zeit später im Beisein der Therapeutin statt. Es verlief für beide Parteien sehr konstruktiv. Frau Z konnte während des ganzen Gespräches ihre Anliegen ruhig und sachlich vertreten. Der Vorgesetzte wusste die Bemühungen von Frau Z zu schätzen und erklärte sich bereit, sie beim Wiedereinstieg nach seinen Möglichkeiten zu unterstützen. Bereits eine Woche später begann Frau Z wieder teilzeitlich zu arbeiten. Ein halbes Jahr später erhöhte sie ihr Pensum auf 100 %. Der berufliche Wiedereinstieg war nachhaltig erfolgreich. Eine Nachkontrolle nach 2 ½ Jahren ergab, dass Frau Z immer noch für diesen Arbeitgeber tätig war. Die Beziehungen zum Vorgesetzten und zu den Eltern hatten sich zwischenzeitlich normalisiert und reguliert. Es war wieder eine gute Zusammenarbeit möglich geworden.

11. Beziehungsperspektive

Frau Z konnte ein Grossteil der Therapieziele, die sie sich zu Beginn der Therapie gesetzt hatte, erreichen: Eine berufliche Reintegration war möglich geworden. Die berufliche Situation war geklärt, Frau Z wollte in ihrem Beruf und an ihrer Arbeitsstelle bleiben. Berufliche Perspektiven konnten dank gezielter Weiterbildung eröffnet werden. Frau Z lernte Entspannungstechniken und übte einen gesundheitsbewussteren Lebensstil ein. Der Umgang mit Konfliktsituationen hatte sich stark gebessert. Ihr leistungsbezogenes Wertesystem verlor seine Dominanz.

Im weiteren Verlauf der Therapie ging es um ihre Beziehungen zu anderen Menschen. Frau Z hatte die Tendenz sich in Beziehungen schnell zu verlieren

und ihre eigenen Bedürfnisse denjenigen des Gegenübers unterzuordnen. Ihr Selbstwert hing wesentlich von den Einschätzungen und den Bewertungen anderer Menschen ab. Ziel war eine grössere Selbständigkeit und Unabhängigkeit zu gewinnen und die eigene Identität breiter abzustützen. Es ging um die Erweiterung des sozialen Netzwerkes, um eine stabile berufliche Identitätsgrundlage, die auch im Wandel der Zeit bestehen konnte und um Werte- und Sinnfragen.

12. Netzwerktherapeutische Massnahmen

In den weiteren zwei Jahren der Therapie ging es um die Stabilisierung des Erreichten und um die Arbeit an der Paarbeziehung und ihrer Willens- und Persönlichkeitsentwicklung. Frau Z wollte an ihrer Partnerbeziehung arbeiten. Es war ihr klar, dass sie beide die Probleme nicht alleine lösen konnte. Nach längerer Auseinandersetzung mit ihrem Partner setzte sie ihren Willen durch und überzeugte ihren Partner, mit ihr in eine Paartherapie zu gehen.

In den Gesprächen mit Frau Z ging es immer wieder darum herauszufinden, wo sie nebst ihrem Partner auch noch emotionale Unterstützung erhalten konnte. Zur Veränderung der Netzwerkdynamik wurden ressourcenorientierte therapeutische Massnahmen eingebracht. Frau Z begann bewusst ihr amikales Netz zu pflegen und neue sozial-kommunikative Stile einzuüben (*Hass, Petzold* 2009). Zum ersten Mal in ihrem Leben ging sie auch mit einer Freundin und ohne ihren Partner in die Ferien.

13. Ressourcenperspektive

13.1. Förderung der Bildungsmotivation und des Bildungsverhaltens

Bei der Klärung der Arbeitssituation wurde es Frau Z immer bewusster, dass sie in Zukunft mehr Zeit und Aufmerksamkeit auf ihre berufliche Weiterbildung und den Austausch mit Kollegen/Innen legen musste. Sie wollte den beruflichen Anschluss nicht verpassen und meldete sich für mehrere Weiterbildungskurse an. Sie freundete sich zusehends mit der Idee des individualisierten Lernens an, die von der Schulleitung erwartet wurden, und lernte die Vorteile dieses Unterrichtsstils zu schätzen. Im Austausch mit Kollegen und Kolleginnen erlebte Frau Z viel Solidarität. Sie erfuhr zum ersten Mal, dass sie nicht alleine war mit ihren Sorgen und Ängsten. Dank dem Austausch in Intervisions- und Supervisionsgruppen und den Erfahrungen in der Therapie gelang es Frau Z immer besser ihre berufliche Rolle aus einer exzentrischen Position zu betrachten und zu hinterfragen. Sie lernte zwischen sich selbst und der Rolle, die sie inne hatte zu unterscheiden.

14. Sinnperspektive

In den Gesprächen zeigte sich, dass Frau Z als Vertreterin eines sehr kreativen und verantwortungsvollen Berufsstandes gerne partizipativ an der Gestaltung und Umsetzung der neuen Unterrichtsziele mitgewirkt hätte. Stattdessen wurden ihr und ihren Kollegen/Innen die Ziele und die Modalitäten der Umsetzung quasi von oben verordnet. Die neu zu geltenden kollektiven mentalen Repräsentationen (individualisiertes Lernen) wurden leider ohne Berücksichtigung der individuell und kollektiv tradierten mentalen Repräsentationen (einheitliche Lernziele, persönliche Lernerfahrung etc.) der Lehrpersonen eingeführt.

Frau Z konnte die Integration der dissonanten Einstellungen nicht alleine bewältigen, da viele ihrer Einstellungen ihr nicht bewusst waren. Auf die geänderten Arbeitsbedingungen reagierte Frau Z deshalb mit Widerstand, um sich zu schützen. Beispielsweise setzte Frau die Individualität gleich mit Egoismus und lehnte das neue Lernziel des individualisierten Lernens daher ab. Es dauerte lange und benötigte einen guten Boden an Geborgenheit und Vertrautheit in der Beziehung zur Therapeutin bis Frau Z bereit war über ihre Repräsentationen nachzudenken. Erst nach Monaten der Diskussion über die Vor- und Nachteile von individuellem Vorgehen im Unterricht erlebte Frau Z das individualisierte Lernen nicht mehr als dissonant zu ihrem eigenen Wertesystem, sondern als sinnvolle Ergänzung.

15. Vom Burnout zum Embitterment Syndrome

Kann das Burnout nicht erfolgreich behandelt werden, endet es häufig im Embitterment Syndrome. In diesem Zusammenhang spielt die Gewissensarbeit in

der therapeutischen Arbeit eine gewichtigere Rolle, siehe auch den Artikel von *Petzold* (2009): „Gewissensarbeit“ und „Weisheitstherapie“ als konviviale Praxis.

Um abzuschliessen:

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit dem Thema Burnout. Burnout wird im Integrativen Ansatz als Funktionsstörung verstanden, die eintritt, wenn die regulatorischen Fähigkeiten des betroffenen Systems versagen. Als Agens dieses Regulationsprozesses dient einerseits die unbewusste/vorbewusste Volition (Prävolition) und andererseits die bewusste Volition, der Wille. Durch negative Sozialisations- und Entwicklungsprozesse sowie durch neuropathologische Probleme kann der Wille in seinen Funktionen beschädigt oder gestört werden. Heilung wird dort möglich, wo die kreativen und schöpferischen Fähigkeiten des Systems zur Selbstregulation entfaltet und wirksam werden können.

Die Gründe für die Funktionsstörung des Systems sind vielfältig und komplexer Natur. Zur Erklärung der Burnout-Problematik bedarf es daher eines mehrperspektivischen Ansatzes und eines metatheoretischen Erklärungsmodells wie dies Rösing in ihrer Kritik an der Burnout-Forschung zu Recht formuliert. Mit dem Konzept der dynamischen Regulation und des informierten Leibes wurde im Integrativen Ansatz dieser Schritt hin zu einem metatheoretischen Erklärungsansatz bereits vollzogen. Denn als dynamische Regulation wird der Operationsmodus im Regulationsgeschehen von komplexen, lebenden Systemen beschrieben, durch den Systemfunktionen auf allen ihren Ebenen optimal wirksam werden können (intrasystemisch auf der physiologischen, emotionalen, kognitiven, volitionalen und intersystemisch auf der sozialen und ökologischen Ebene in variablen Umwelten mit wechselnden Kontext/Kontinuum-Bedingungen (*Petzold, Sieper 2007a, 555ff*).

Diese metatheoretische Sichtweise kommt auch beim Willen als *conditio humana* zur Anwendung. Der Mensch als vernunftbegabtes Wesen hat die Willensfreiheit, die ihn determinierenden, evolutionären Programme zu überschreiten. Diese grundlegende Fähigkeit des Menschen zur Antizipation von Zielen, kann im therapeutischen Kontext zur Zielerreichung eingesetzt werden.

Im Therapiebericht einer Burnout-Patientin werden diese Fähigkeiten zur Antizipation und zur Selbstregulation am Beispiel des beruflichen Eingliederungsprozesses konkret beschrieben.

Zusammenfassung: Überlegungen zur Burnout-Problematik auf dem Hintergrund eines integrativen therapeutischen Behandlungsansatzes

Dieser Beitrag befasst sich mit der Bedeutung des Willens als bewirkenden Antrieb im komplexen System Mensch-Mitmensch-Umwelt. Der Wille unterliegt einerseits determinierenden Rahmenbedingungen. Andererseits hat der Wille die Möglichkeit seine Freiheitsgrade über die Lebensspanne hinweg zu „bedingter Freiheit“ zu erweitern. Da der Wille die Fähigkeit zu Antizipation von Zielen hat, kann er im therapeutischen Kontext zur Zielerreichung eingesetzt werden. So findet der Wille auch seine Anwendung bei der Behandlung von Burnout.

Schlüsselwörter: Wille, Burnout, Dynamische Regulation, Informierter Leib, Integrative Therapie

Summary: Focuses on Burnout from the Integrative Approach

The multi-perspective Integrative Approach is based on biology, neurosciences, psychiatric and immunology and is developmental as well as context oriented. Burnout is seen as malfunction of the regulatory system. Unconscious/preconscious Volition (Prevolition) and conscious Volition (will, intention) are agents in this regulatory system. Negative processes in socialisation and development of the individual, just as neurological disorders may harm or disturb the Volition in its function. Therapy is successful where creative power and inspiration can be activated as incentives for self-regulation of the system.

Keywords: Will, Burnout, dynamic regulation, informed body, Integrative Therapy,

Literaturverzeichnis:

Bischof, N. (1996): Das Kraftfeld der Mythen, München: Piper.

Bosscher R.J., Tilburg, W. van, Mellenbergh, G.J. (1997): Running and Depression. In: Vermeer, A. Bosscher R.J., Broadhead, G.D. (1997):

Movement Therapy accross the lifespan. Amsterdam: VU University Press.
240-255

Burisch, M., (2006): Das Burnout-Syndrom, Theorie der inneren Erschöpfung, Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 3., überarbeitete Auflage.

Döring-Seipel, E. (1996): Stimmung und Körperhaltung. Eine experimentelle Studie. Weinheim: Beltz

Goschke, T. (2006): Der bedingte Wille: Willensfreiheit aus der Sicht der kognitiven Neurowissenschaft. In: *Roth, G., Grün, K.J.* (2006) (Hrsg.): Das Gehirn und seine Freiheit. Beiträge zur neurowissenschaftlichen Grundlegung der Philosophie. Vandenhoeck & Ruprecht. 107-156.

Hass, W., Petzold, H.G. (1999): Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung für die Psychotherapie – diagnostische und therapeutische Perspektiven. In: *Petzold, Märtens* (1999a) 193-272.

Hüther, G. (2004): Die Macht der inneren Bilder. Wie Visionen das Gehirn, den Menschen und die Welt verändern. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Kornhuber, H.H., Deecke, L. (2008): Wille und Gehirn – Integrative Perspektiven. In: *Petzold, Sieper* (2008): 77-176.

Middendorf, Ilse (1985): Der Erfahrbare Atem, Paderborn. 2. Auflage.

Mierke, K. (1955): Wille und Leistung. Göttingen: Hogrefe

Petzold, H.G. (1993g): Die Krisen der Helfer. In: Schnyder, U., Sauviant, Ch., Krisenintervention in der Psychiatrie. Bern; Huber. 157-196.

Petzold, H.G. (2009c): Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Der „Informierte Leib“, das „psychophysische Problem“ und die Praxis. *Psychologische Medizin* 1 (Graz) 20-33.

Petzold, H.G., Sieper J. (2007a): Der Wille, die Neurowissenschaften und die Psychotherapie. 2 Bde. Bielefeld: Aisthesis, Sirius

Petzold, H.G., Sieper, J. (2008) (Hrsg.): Der Wille, Die Neurobiologie und die Psychotherapie: Edition Sirius

Petzold, H.G., Wir verweisen auch auf die Gesamtbibliographie 1958 – 2007

Gesamtworkeverzeichnis 2007 sowie www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – Polyloge: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit

Rösing, I. (2008): Ist die Burnout-Forschung ausgebrannt? Kröning: Asanger

Roth, G. (2006): Willensfreiheit und Schuldfähigkeit aus der Sicht der Hirnforschung. In: *Roth, G.* (2006) 9-27

Singer, W. (2003): Ein neues Menschenbild. Frankfurt a.M.: Suhrkamp

Singer, W. (2004): Verschaltungen legen uns fest: Wir sollten aufhören von Freiheit zu sprechen. In: *Geyer* (2004) 30-65

Anhang:

Burnout-Symptomatik

1. Warnsymptome der Anfangsphase
 - a) Überhöher Energieeinsatz
 - Hyperaktivität
 - Freiwillige unbezahlte Mehrarbeit
 - Gefühl der Unrentbehrlichkeit
 - Gefühl, nie Zeit zu haben
 - Verleugnung eigener Bedürfnisse
 - Verdängung von Misserfolgen und Enttäuschungen
 - Beschränkung sozialer Kontakte auf Klir-
ernten
 - b) Erschöpfung
 - Nicht Abschalten können
 - Energiemangel
 - Unausgeschlafenheit
 - Erhöhte Unfallgefahr
 - c) Für die Arbeit
 - Schwierigkeiten, anderen zuzuhören
 - Zynismus
 - Verlust von Idealismus
 - Desillusionierung
 - Negative Einstellung zur Arbeit
 - Widerwillen und Überdross
 - Ständiges Auf-die-Uhr-sehen
 - Fluchphantasien
 - Tagträumen
 - Überlehen von Arbeitspausen
 - Verspäteter Arbeitsbeginn
 - Vorverlegter Arbeitschluss
 - Fehlzeiten
 - Verlagerung des Schwergewichts auf die
Freizeit, Aufblühen am Wochenende
 - Höheres Gewicht materieller Bedingungen
für die Arbeitszufriedenheit
 - d) Erhöhte Ansprüche
 - Konzentration auf die eigenen Ansprüche
 - Gefühl mangelnder Anerkennung
 - Gefühl, ausgebeutert zu werden
 - Eifersucht
 - Familienprobleme
 - Konflikte mit den eigenen Kindern
2. Reduziertes Engagement:
 - a) Für Klienten, Patienten etc.
 - Desillusionierung
 - Verlust positiver Gefühle gegenüber Klir-
ernten
 - Größere Distanz zu Klienten
 - Meldung von Kontakt mit Klienten und/
oder Kollegen
 - Aufmerksamkeitsstörungen in der Interakti-
on mit Klienten
 - Verschiebung des Schwergewichts von Hil-
fe auf Beaufsichtigung
 - Schuldzuweisung für Probleme an Klienten
 - Höhere Akzeptanz von Kontrollmitteln wie
Strafen oder Tranquillizern
 - Stereotypisierung von Klienten, Kunden,
Schülern etc.
 - Betonung von Fachjargon
 - Dehumanisierung
 - b) Für andere allgemein
 - Unfähigkeit zu geben
 - Kälte
 - Verlust von Empathie
 - Verständnislosigkeit
3. Emotionale Reaktionen: Schuldzuweisung
 - a) Depression
 - Schuldgefühle
 - Reduzierte Selbstachtung
 - Ineffizienzgefühle
 - Gedankenverlorenheit
 - Selbstmitleid
 - Humorslosigkeit
 - Unbestimmte Angst und Nervosität
 - Abrupte Stimmungsschwankungen
 - Verringerte emotionale Belastbarkeit
 - Bitterkeit
 - Abstumpfung, Gefühl von Abgestorbensein
und Leere
 - Schwächegefühl
 - Neigung zum Weinen
 - b) Aggression
 - Ruhelosigkeit
 - Gefühl des Festgefahrenseins
 - Hilfslosigkeits-, Ohnmachtsgefühle
 - Pessimismus, Fatalismus
 - Apathie
 - Selbstmordgedanken
 - c) der Kreativität
 - Verringerte Phantasie
 - Verringerte Flexibilität
 - d) Entdifferenzierung
 - Rigidides Schwarzweißdenken
 - Widerstand gegen Veränderungen aller Art
4. Abbau
 - a) der kognitiven Leistungsfähigkeit
 - Konzentrations- und Gedächtnisschwäche
 - Unfähigkeit zu komplexen Aufgaben
 - Ungenauigkeit
 - Desorganisation
 - Entscheidungsunfähigkeit
 - b) der Motivation
 - Verringerte Initiative
 - Verringerte Produktivität
 - Dienst nach Vorschrift
 - c) der Kreativität
 - Verringerte Phantasie
 - Verringerte Flexibilität
 - d) Entdifferenzierung
 - Rigidides Schwarzweißdenken
 - Widerstand gegen Veränderungen aller Art
5. Verflachung des emotionalen Lebens
 - a) Verflachung gefühlsmäßiger Reaktionen
 - Gleichgültigkeit
6. Psychosomatische Reaktionen
 - Schwächung der Immunreaktion
 - Schlafstörungen
 - Alpträume
 - Sexuelle Probleme
 - Gerötetes Gesicht
 - Herzklopfen
 - Enggegefühl in der Brust
 - Atembeschwerden
 - Beschleunigter Puls
 - Erhöhter Blutdruck
 - Muskelverspannungen
 - Rückenschmerzen
 - Kopfschmerzen
 - Nervöse Tics
 - Verdauungsstörungen
 - Übelkeit
 - Magen-Darm-Geschwüre
 - Gewichtsveränderungen
 - Veränderte Essgewohnheiten
 - Mehr Alkohol/Kaffee/Tabak/andere Drogen
7. Verzweiflung
 - Negative Einstellung zum Leben
 - Hoffnungslosigkeit
 - Gefühl der Sinnlosigkeit
 - Selbstmordabsichten
 - Existenzielle Verzweiflung
- b) des sozialen Lebens
 - Weniger persönliche Anteilnahme an ande-
ren oder exzessive Bindung an einzelne
 - Meidung informeller Kontakte
 - Suche nach interessanteren Kontakten
 - Meidung von Gesprächen über die eigene
Arbeit
 - Eigenbröteleien
 - Mit sich selbst beschäftigt sein
 - Einsamkeit
- c) des geistigen Lebens
 - Ausgeben von Hobbys
 - Desinteresse
 - Langeweile

