

SUPERVISION

Theorie – Praxis – Forschung

Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift
(peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

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

in Verbindung mit:

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Jörg Bürmann**, Universität Mainz

Prof. Dr. phil. **Wolfgang Ebert**, Dipl.-Sup., Dipl. Päd., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

Dipl.-Sup. **Jürgen Lemke**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf

Prof. Dr. phil. **Michael Märten**, Dipl.-Psych., Fachhochschule Frankfurt a. M.

Univ.-Prof. Dr. phil. **Heidi Möller**, Dipl.-Psych. Universität Innsbruck

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

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen

Prof. Dr. phil. (emer.) **Alexander Rauber**, Hochschule für Sozialarbeit, Bern

Dr. phil. **Brigitte Schigl**, Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit, Donau-Universität Krems

Univ.-Prof. Dr. phil. **Wilfried Schley**, Universität Zürich

Dr. phil. **Ingeborg Tutzer**, Bozen, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper, Hückeswagen. Supervision ISSN 2511-2740.

www.fpi-publikationen.de/supervision

SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung

Ausgabe 09/2017

**Erosion persönlicher Tragfähigkeit, traumatischer Jobstreß -
Ursachen „malignen Burnouts“ in helfenden Berufen**

*Hilarion G. Petzold, Christa Petzold (1996/2017)*¹

¹ Aus dem Fachbereich Gesundheitswissenschaften, **Faculty of Human Movement Sciences, Freie Universität Amsterdam** und 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. Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>) in der Trägerschaft des Fritz Perls Instituts, Düsseldorf/Hückeswagen.

Das sogenannte "Burnout-Syndrom" ist ein äußerst komplexes Geschehen, das Angehörige helfender Berufe, Supervisoren und Psychotherapeuten immer wieder vor schwierige Aufgaben stellt: einerseits im Hinblick auf den Umgang mit eigenen Belastungen, andererseits im Umgang mit Belastungen von Patienten und Klienten. Burnout-Reaktionen sind nicht als "plötzliche Einbrüche" zu sehen, sondern als Symptome in einem Prozeß der "*Erosion der persönlichen Tragfähigkeit*" und seelischen Belastungsmöglichkeiten, der immer mit komplexen Kontexteinwirkungen verbunden ist: situative Überlastungen, Verlust von sozialer Unterstützung (Nestmann 1988), Entzug von Anerkennung, Teamprobleme, familiäre Schwierigkeiten, Mobbing am Arbeitsplatz (Walter 1993), zu schwierige Patienten und zu viele Patienten ... Die als "*erosive Ursachen*" zu bezeichnenden "*stressful job events*", die zu "*stressful life events*" (Filipp 1990) anwachsen bzw. mit diesen akkumulieren können, sind derart variabel, was Intensität, Frequenz, emotionale Ladung, persönliche Bewertung anbelangt - selbst wenn es einen "Hauptstrang von Stressoren" gibt -, daß es zu keinen typisierten bzw. typisierbaren Verläufen von Burnout-Prozessen kommt. Phasenmodelle (Golembiewski 1982; Golembiewski et al. 1983; Golembiewski, Rountree 1986; Burke 1989), wie man sie in der Literatur immer wieder findet, haben keine empirisch gesicherte Aussagekraft und ökologische Validität. Neben den Risikofaktoren, den massiven "*adversive events*" gibt es ja auch noch immer wieder Entlastungsmöglichkeiten, protektive Einflüsse (Petzold et al. 1993), werden neue Ressourcen erschlossen, die vorübergehend greifen, entstehen Resilienzen (idem 1995a, 191ff; O'Connell Higgins 1994; Seiffers et al. 1992), kommt es zu Puffereffekten (Heller 1979; Laireiter 1993, 187ff), die "*daily hassles*" (Caspi et al. 1987) im häuslichen und im Arbeitsalltag abfedern, und werden immer wieder auch mehr oder weniger effektive Coping- und Abwehrstrategien entwickelt (Haan 1977; Lazarus, Launier 1981; Moos 1986). Sequentielle Modelle des Burnout-Geschehens haben deshalb allenfalls einen idealtypischen Charakter und können als solche mit entsprechender Vorsicht in Interventionsheuristiken einfließen. Burnout-Prozesse sind in ihren "*Viationen*" (Petzold 1988n/1996a, 281) so variabel, oszillierend, interaktiv fortschreitend, durchsetzt von Erholungsphasen, blassen Verläufen, dramatischen Sequenzen, daß eine *an den Phänomenen orientierte* Begleitung der Betroffenen, die Symptome der "Dünnhäutigkeit", der "Überreaktion", der "Vulnerabilität" aufzeigt, der beste Weg des diagnostischen Erfassens und der therapeutischen Hilfe ist. Dennoch wird immer wieder Zuflucht zu strukturierten und strukturierenden Modellen genommen (Schulthess 1996), wie zum Beispiel auf den "Burnout-Zyklus" nach Freudenberg und North (1985).

Solche zyklischen Modelle oder Phasenmodelle haben natürlich Probleme. Sie leisten Artefakten Vorschub, führen zu diagnostischen Fehlbewertungen oder -erwartungen, was Verläufe anbetrifft, und zuweilen auch zu unangemessenen Interventionen. Obwohl sich also Phasenmodelle bislang auch nicht empirisch validieren ließen, werden in der Burnout-Literatur immer wieder verschiedene Verlaufsmodelle vorgestellt. Enzmann und Kleiber (1990), die eine internationale Bibliographie mit über 2.496 Titeln zusammengestellt haben, verweisen auf die Problematik solcher Phasenmodelle. Solche Modelle sind auch nicht notwendig, denn es „genügt“, phänomenologisch vorzugehen und zu schauen, was denn

subjektiv von den Betroffenen als "*Erosion* der persönlichen Tragfähigkeit" erfahren und als "*Burnout*" erlebt wird, was sich weiterhin im Kontext als "erodierend" (Laireiter 1993, 193) ausmachen lässt und was im aktuellen Verhalten als Burnout-bedingte Reaktion erkennbar wird. Es ist ja keineswegs so, daß Burnout-Reaktionen nur auf Depression und völlige Erschöpfung hinauslaufen.

Petzold (1989b, 1990t, 1991p) hat in seinen Untersuchungen zu Burnout-Phänomenen im Bereich der Geriatrie bzw. Altenarbeit zeigen können, daß es auch Formen des aggressiven Agierens bis hin zum "*malignen Burnout*" gibt, die zu Patientenmißhandlung und Patiententötung führen können (Barolin 1990). Es handelt sich hier um "Krisen der Helfer" (Petzold 1991p), die äußerst ernst zu nehmen sind, weil sie zu "gefährlicher Pflege", "riskanter Therapie" (idem 1977l), zu akuten Gefährdungen von Patienten und Patientinnen führen können. Im Bereich der *Integrativen Therapie* (idem 1992a) wurde schon sehr früh (idem 1968b, 1975m) solchen erosiven Phänomenen Beachtung geschenkt. Untersuchungen über "Überforderungserlebnisse" (idem 1968a, b, c) von Kindern, ausländischen Arbeitnehmern und Mitarbeitern in der Drogenarbeit waren der Ausgangspunkt, das Burnout-Konzept streßtheoretisch bzw. orientiert am Modell des "Überforderungserlebnisses" nach Mierke (1952) auszuarbeiten. So wurde dann aus der Beobachtung von Mitarbeitern im Drogenbereich von Petzold (1969b) der Begriff "Burnout" explizit verwandt: "Die ständige psychische und soziale Überlastung [*surcharge*] ist dazu angetan, eine Erosion der persönlichen Tragfähigkeit zu bewirken, ein sich chronifizierender Prozeß des Über-die-Kräfte-Gehens, an dessen Ende eine völlige Erschöpfung des Mitarbeiters steht, ein '*burn out*' [engl. im Original], der dem vollständigen Ausgelaugtsein der Abhängigen nicht nachsteht. Wenn die Kerze an beiden Enden brennt, führt das zum *burnout*. Man ist '*abgebrannt*' [dtsch. im Original], am Ende" (ibid. 12). Es wurde versucht, Überforderungserlebnisse zu charakterisieren (siehe nachstehend im Kasten, Petzold 1968a, 42) und sie mit empirischen Untersuchungen zu überfordernden Situationen in überfordernden Prozessen von überforderten Menschen zu fundieren, woraus dann eine Definition des "*Burnouts*" erarbeitet wurden (s. Kasten), den Hintergrund für unser komplexes, multifaktorielles Burnout-Modell (Petzold 1989b, 1993g) geboten hat, das verschiedene Modelle der Burnout-Theorie und -Forschung zu integrieren versucht.

Einige Definitionen:

» **Überforderung** tritt ein, wenn Belastungssituationen und externalen Ansprüchen keine stützende Umwelt, zureichende äußeren und inneren Ressourcen und keine adäquaten Bewältigungsmöglichkeiten sowie keine ausreichende persönliche Stabilität gegenüberstehen, so dass die Wahrnehmungs- und Handlungsmöglichkeiten des Individuums im Feld eingeschränkt oder blockiert und seine Fähigkeiten der Selbststeuerung beeinträchtigt oder gar außer Kraft gesetzt werden« (Petzold 1968a, 42).

» **Krise** ist die *Labilisierung* eines Systems durch eintretende Noxen in einer Weise, dass seine habituellen Bewältigungsleistungen (coping) und kreativen Gestaltungspotenziale (creating) nicht mehr greifen und seine Ressourcen sich erschöpfen. Seine dynamischen Regulationsprozesse werden damit schwerwiegend

beeinträchtigt, so dass das System in *Turbulenzen* gerät und überschießend oder regressiv zu dekompensieren droht, können nicht Ressourcen und Copinghilfen von außen herangeführt und genutzt werden, um den Krisenprozess zu beruhigen und eine Neuorientierung zu ermöglichen.« (Petzold 1975m, vgl 1977i)

-

»**Burnout** ist ein **komplexes Syndrom**, das durch multifaktorielle, z. B. makro, meso- und mikrosoziale, **zeitextendierte 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 ist. Sofern nicht durch die Beseitigung von Stressoren und Entlastungen, z. B. durch Zuführung von Ressourcen eine Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit gewährleistet wird, hat Burnout Funktionsstörungen, Fehlleistungen und Identitätsverlust des Systems zur Folge. Bei personalen 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. « (idem 1992a, 834)

-

» Wir fassen unter den Begriff **Traumatisierung** eine zuweilen außergewöhnlich kurze Stimulierungssituation, welche sich aber auch sequentiell verlängern kann, die für den Organismus bzw. das ‚personale System‘, die Persönlichkeit, derart bestandsbedrohende Wirkung hat, dass sie zu bleibenden Strukturschäden führt (z.B. durch einen übersteuernden Generalisierungseffekt, aufgrund dessen etwa alle Kontaktsituationen als existenzbedrohend eingestuft werden). Traumatisierungen können durch extreme Über- oder Unterstimulierungen gesetzt werden, wie z.B. Unfälle, Krankheiten, Überfall, akute Deprivation: Sie sind niemals ‘n u r psychisch‘, sondern immer auch intensives körperliches Erleben mit Folgen innerhalb des Leibes (z.B. psychosomatische Reaktionen, Störungen der Atem- und Tonusregulation), die nur auf der Ebene des Leibes angegangen werden können als Folge von **Traumata** als externe (z.B. Verletzung, Misshandlung) und/oder interne (z.B. Krankheit, Vergiftung) Überstimulierungen kann es wie bei **Defiziten** als Unterstimulierung, **Störungen** als inkonstanter Stimulierung und **Konflikten** als gegenläufiger Stimulierung, abhängig von Intensität und Dauer, zu nachhaltigen pathologischen Folgen kommen« (Petzold 1970c, 37, 1977a, 267, 1988n, 361).

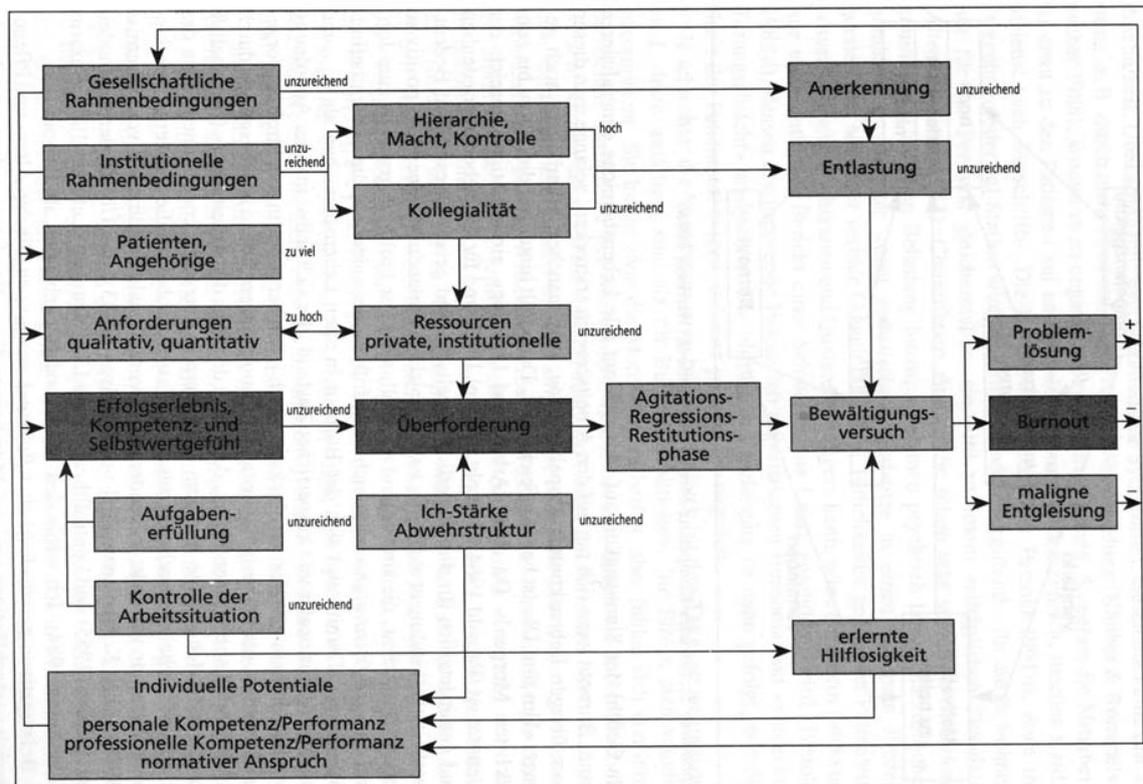


Abbildung 6: Integratives Modell des Burnout – auslösende Faktoren und Verlauf (aus: Petzold 1989b)

Abb. 1: Hier aus Petzold (1993g): Dynamik der „Erosion der Hilfbereitschaft“ und „Erosion persönlicher Tragfähigkeit“ bis zum „malignen Burn-Out“.

Können die notwendigen Entlastungen und Ressourcen (z.B. Personalaufstockung, Aufgabenklärung, kompetente Supervision, Unterstützung durch Freunde oder Kollegen) nicht mobilisiert werden, kann es zu einer **Erosion der Hilfbereitschaft und der persönlichen Tragfähigkeit** mit dem Resultat gravierender Entgleisungen (gefährlicher Pflege, Gewaltdelikten) kommen, wie sie von mir vielfach dokumentiert wurden (Petzold 1985c).

Es sei nochmal hervorgehoben: *Burnout ist kein Zustand, es ist ein Prozeß* (idem 1993g, 173) mit äußerst variablen Erscheinungsbildern. Überempfindlichkeit bei "Kleinigkeiten" - man ist dem "alltäglichen Nervkram" (*daily hassles*) nicht mehr gewachsen - findet sich phasenweise genauso wie Abgestumpftheit, depressive Klagsamkeit, aggressive Ausbrüche. Erst aus einem "Gesamtbild im Verlauf" läßt sich eine Burnout-Erkrankung - und um eine solche kann es sich handeln - darstellen. Es geht nämlich nicht um gelegentliche Überlastungsreaktionen in heißen Phasen des "job stress", es geht um Reaktionen, die sich der eigenen Verhaltenssteuerung entziehen, die Etablierung von dysfunktionalen Verhaltensweisen und emotionalen Schwankungen, es geht um die Ausbildung von psychischen und psychosomatischen Symptomen. Dieser Prozeß kann bei adäquater Hilfe zur *Restitution* führen (idem 1968b) oder - besonders bei problematischen Persönlichkeiten - sich chronifizieren, maligne entgleisen: einmal in Richtung der Selbstdestruktion (psychosomatische Erkrankung, schwere Erschöpfungsdepression, Suizidalität, Suizid, psychotischer Zusammenbruch) zum anderen in Richtung destruktiven Sozialverhaltens (Aggressivität, verbale und

brachiale Gewalttätigkeit, in Extremfällen "Mord im Affekt" und systematische Tötung).

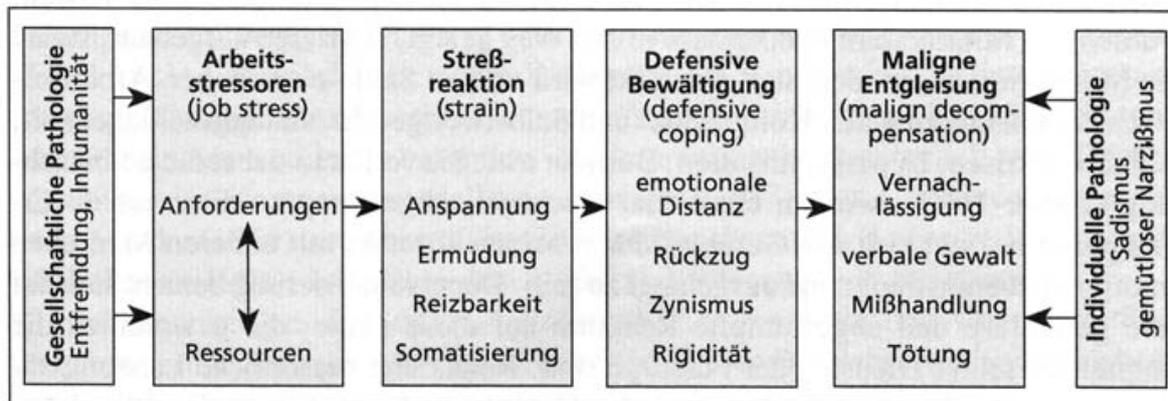


Abb. 2: Eskalationsdynamik des Burnout-Geschehens zum „malignen Burnout“. Aus 1991b, 265.r

Eine solche Dynamik war ein wesentlicher Faktor in dem wohl größten Skandalfall dieser Art im gerontologischen Bereich, den Patiententötungen von Lainz). *Petzold* (1985d) hatte schon im Vorfeld aufgrund von Supervisionserfahrungen mit Schwestern dieser Einrichtung auf "verdeckte Tötungsabsichten" (*ibid.* 558f) hingewiesen, ein Faktum, das von den Verantwortlichen, die diesen Text übersandt bekamen, ignoriert wurde. Die Entdeckung der tatsächlich stattgefundenen Tötungen lösten dann einen Skandal aus (*Barolin* 1990), ohne daß politische Verantwortung übernommen wurde. Eingeleitete Maßnahmen der Sicherung, z. B. Supervision - der Integrative Ansatz wurde von der Expertenkommission herausgestellt (*Rosenmayr* 1989) - können unterstützend und klärend wirken, stehen aber in der Gefahr, zur belastenden Kontrolle zu geraten (*Flammer* 1990) und dysfunktional zu werden (*Thomas* 1995).

Solche malignen Dynamiken gilt es also zu erkennen. Sie werden oftmals abgewehrt, "weil nicht sein kann, was nicht sein darf" (*Petzold* 1994a, 272ff). Warum ist es wesentlich, in belasteten und belastenden Arbeitsfeldern und -situationen und bei überforderten Mitarbeitern nach Anzeichen sich entwickelnder *maligner Burnout-dynamiken* Ausschau zu halten, wobei man nicht einfache Phasenmodelle, sondern die multifaktorielle Perspektive des Integrativen Ansatzes mit seiner komplexen Burnout-Theorie (*Petzold* 1989b, 1993g) zugrunde legt: Burnoutphänomene sind in den helfenden Berufen, in der Sozialarbeit und auch in der Psychotherapie noch weitaus häufiger, als angenommen wird, obwohl diese Phänomene oftmals überdeckt werden: u. a. durch subtile Strategien, wie die der "Selbststigmatisierung" oder die der "Bearbeitung" von Überlastung in Supervisionen. Supervision wirkt oft tatsächlich stützend und entlastend, aber oft erkennt man den manifesten Krankheitswert der "bearbeiteten" Problematiken, den Symptomcharakter bestimmter Verhaltensweisen nicht und trägt deshalb zur "Chronifizierung durch fehlindizierte Entlastung" bei. Supervisorische *Beratungsstrategien* werden eingesetzt, wo schon klinische *Behandlungsstrategien* notwendig wären, weil eine fachlich fundierte Diagnostik fehlt. Verschärfung der Symptomatik, Verfestigung des Überforderungssymptoms, Entgleisung in "malignen Burnout" können die Folge sein.

Gefördert werden solche Entwicklungen durch die mangelnde klinische Erfahrung mancher Supervisoren, eine Überschätzung der Wirkmöglichkeiten von Supervision und durch den starken Einfluß bestimmter Ideologien. Publikationen, wie die "hilflosen Helfer" oder "Helfen als Beruf" (*Schmidtbauer* 1977, 1983) sind nämlich alles andere als hilfreich, denn sie tragen zu einer Schwächung des persönlichen Selbstwertgefühls, zu einem Prägnanzverlust der professionellen Identität bei, und sie führen zu einer "*Selbststigmatisierung der Helfer als Sekundäreffekt*". Dieser Sekundäreffekt tritt unter anderem dadurch ein, daß ein großer Teil der Angehörigen helfender Berufe mit stigmatisierten und marginalisierten Gruppen arbeitet - Suchtkranken, Behinderten, psychiatrischen Patienten, Altenheimbewohnern usw. usw. und diese Arbeit in *stigmatisierten Institutionen* (*Belardi* 1991) stattfindet: in der "Klapse", im Irrenhaus, im Heim, in der Trinkerheilanstalt, im Knast, von der Gesellschaft ausgeblendete oder negativ bewertete Bereiche. Das "färbt ab" auf die Mitarbeiter. In der Identifikation mit ihren Klienten, Patienten und Institutionen und deren Situation der Hilflosigkeit und Ohnmacht wird die "*perceived competence*" schwach erlebt, obwohl die Selbstwirksamkeit und *faktische Kompetenz* gut ist (*Kolligian, Sternberg* 1989; *van Steen, Vermeer* 1987; *Schwarzer* 1992). Das Erleben *faktischer Kompetenz* wird ja durch institutionelle Hierarchie, Weisungsgebundenheit immer wieder beeinträchtigt - bis hin zu einer "*learned helplessness*" (*Seligman* 1978) der Institution gegenüber, die generalisiert werden kann und dann auch generalisiert erlebt wird. Die Involviertheit im Streß des Alltags führt dann leicht zu fundamentalen *Attributionsfehlern* (*Ross* 1977; *Stroebe et al.* 1992, 127ff; *Frey, Irle* 1992, 206ff), zumal bei vielen Angehörigen pflegerischer Berufe, der "locus of control" tatsächlich *external* ist. Ihre Arbeit ist weitgehend von institutionellen Zwängen fremdbestimmt ("Sachzwänge"!), denen kaum etwas entgegenzusetzen ist (*Petzold, Petzold* 1996). So hilflos, wie sie sich oftmals fühlen, oder wie es herbeigeredet wird, sind die Helfer aber nicht, sonst würden die vielfältigen von ihnen erbrachten Hilfeleistungen nicht so gut funktionieren. *Schmidtbauer*, der sich mit attributionstheoretischen (*Krampen* 1989), kontrolltheoretischen (*Flammer* 1990) und stigmatheoretischen (*Bruston, Hohmeier* 1975; *Jones et al.* 1984) Fragestellungen offenbar nicht befaßt hat (entsprechende Literatur findet sich bei ihm nicht zitiert) operiert mit psychoanalytischen Konstrukten, die - nicht zuletzt aufgrund ihrer Relativierung durch die Ergebnisse der neueren Säuglingsforschung (*Stern* 1985; *Petzold* 1993c, 1994j) - keine große Beweiskraft haben. Mit *Expertenmacht* (*Hitzler et al.* 1994) trägt er zur Stigmatisierung und Selbststigmatisierung dieser Berufsgruppen bei, weil er die Situationen dieser Menschen unzureichend und falsch analysiert. Er unterstellt hart, engagiert und redlich arbeitenden Angehörigen helfender Berufe Haltungen und Motivationen, die die Realität dieser Helfer eigentlich nicht widerspiegeln, und dennoch geschieht etwas Eigenartiges: Die Bücher sind beim "Publikum angekommen", sie wurden von Helfern aufgenommen, und zwar in einer *selbststigmatisierenden* Art und Weise (*Bruston, Hohmeier* 1975; *Jones et al.* 1984). Sie haben nicht protestiert, sie haben diese Thesen nicht als "Unverschämtheiten" zurückgewiesen, sie haben sich nicht auf ihre Leistung, die Qualität ihrer Arbeit, ihrer *Kompetenzen* und *Performanzen* besonnen, sondern sie haben sich "den Stiefel angezogen". Und vielleicht ist auch das Zeichen eines Burnout. Auf jeden Fall liegt hier eine seiner Ursachen, wie das Kompetenzmodell des Burnout (*Harrison* 1988) zeigt: Wird verhandene Kompetenz beständig in ihrer Entfaltung behindert, macht das ausgebrannt, resigniert. Man findet die Kraft nicht mehr, für die eigenen Kompetenzen einzustehen. Aus der immer wieder attribuierten Unzulänglichkeit tauchen Stimmungen des "Ungenügens" auf, das Gefühl, "immer noch nicht gut genug" zu sein, um die immensen Anforderungen der Institution, der

Klienten/Patienten, der Angehörigen adäquat auszuführen. So kommt es zu Ohnmachts- und zu Schuldgefühlen und zur Entwicklung external bestimmter Kontrollmeinungen.

Fakt aber ist: *Die Helfer sind weniger hilflos, als daß sie hilflos gemacht werden.* Die mangelnde Unterstützung, die mangelnden Ressourcen, die mangelnde Anerkennung und die Behinderung von selbstbestimmter Kompetenzausübung, *das* sind wesentliche Ursachen des Burnouts, nicht etwa mangelnder Einsatz, nicht mangelnde Skills. Die permanente Frustration, vor "Bergen von Elend zu stehen", ist erheblich. Sie könnte aber bewältigt werden durch qualitätsvolle Supervision, Intervision, kollegiale Zirkel, Weiterbildung, Pflege des Freizeitbereichs und vor allem adäquate Wertschätzung ihrer Arbeit durch die Institution, durch Vorgesetzte, Politiker, die Gesellschaft. Wo dies aber nicht erfolgt und möglich ist, kann in helfender und pflegender Tätigkeit das Phänomen des *malignen Burnouts* eintreten - und das gilt natürlich auch für die Psychotherapie, obgleich Psychotherapeuten in der Regel einen recht hohen Sozialstatus haben, allerdings vorwiegend unter den helfenden Berufen. Ansonsten werden sie von den "Gesunden", den "Normalbürgern" gemieden oder als "interessante Shrinks" mit einem exotischen Flair umgeben, das oft die Qualität der Zwiespältigkeit hat. Häufig führt auch die *Vereinzelung* in der Privatpraxis, die nicht genügend Entlastung und externale Support-Möglichkeiten bietet, in Probleme. Diese sind oft beträchtlich, was psychische und psychosomatische Symptome anbelangt. Es kommt in der Psychotherapie wohl auch nicht zu Patiententötungen - jedenfalls sind uns aus der Literatur keine Fälle bekannt geworden -, aber es kann zu negativer oder "gefährlicher Therapie", zu Therapieschäden kommen (*Petzold 1977*; *Strupp et al. 1977*; *Sonntag et al. 1995*). Die Ressourcen von Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sind meistens gut genug, daß Restkompetenzen erhalten bleiben. Die professionelle "Über-Ich-Kontrolle" funktioniert so verlässlich, daß offene Gewalttätigkeit unterbleibt. Dafür kommt es aber immer wieder zu subtilen Verletzungen, kränkenden Deutungen usw. oder zu strukturellen Formen der Gewalt (*Becker-Fischer, Fischer 1996*; *Schmidt-Lellek, Heimannsberg 1995*; *Heimannsberg 1995*). Übergriffe, Machtmißbrauch, sexueller Mißbrauch (*Ramin 1992*), Dominierung durch Therapiedogmen und Therapiemythen (*Ellis 1995*) sind hier gar nicht so selten. Das Ausnutzen von Dependenzverhältnissen kann durchaus zu Formen seelischer Grausamkeit führen, zum Einsatz *maligner Macht* (*Orth, Petzold, Sieper 1995b*), aushungernder und undurchsichtiger Abstinenz (*Glover 1955, 88ff*; *Menniger 1958, 53-58*), ausbeuterischer Nähe, Verhaltensmuster und Beziehungsformen, die durchaus als "Resultat malignen Burnouts" anzusehen sind. Massive Phänomene, wie sie *Petzold (1989c)* für malignen Team-Burnout im Bereich der "schweren Pflege" beschreiben konnte, Mißhandlung, Vernachlässigung, Kränkung finden sich im Bereich der Psychotherapie weniger oder in subtiler Form, aber sie sind auch hier nicht ganz unbekannt. Man begegnet ihnen zuweilen in Supervisionsgruppen, an denen mehrere ausgebrannte TherapeutInnen teilnehmen. Unter "ausgebrannt" verstehen wir hier Helfer, die sich ihr Ausgebranntsein nicht eingestehen können, es vielleicht gar nicht wahrnehmen können. Schlimm wird es, wenn sie dazu noch das Unglück haben, einen ebenso ausgebrannten Supervisor zu haben, der gleichfalls mit seiner "emotionalen Resonanzfähigkeit", mit seiner Fähigkeit zum "Engagement" - unverzichtbar für gute psychotherapeutische Arbeit - am Ende ist. Man findet in solchen Supervisionsgruppen, wie wir im Rahmen einer Pilotstudie zu Schäden durch Therapieweiterbildung und Supervisionsausbildung (*Petzold, Rodriguez-Petzold 1996*) aus der Befragung entnehmen konnten, gehäuft ein "patient blaming",

zynische Bemerkungen, Abwerten von Beschwerden, es kommen häufiger Ratschläge, die ganze Sache doch etwas "konfrontativer" anzugehen. Die Patienten werden mit einer gewissen Feindseligkeit betrachtet, schnelle Rezepte werden gegeben, massive Deutungen kommen auf, Psychopathologie wird dramatisiert, besonders "schlimm" gemacht. Der Patient/die Patientin werden als "schlimme Fälle" in fast "hoffnungslosen Situationen" beschrieben oder als "prognostisch höchst ungünstig" eingestuft (ebenda). Man nimmt ihnen Chancen, "tötet" sie gleichsam theoretisch, schreibt sie ab. Nicht zuletzt auch "erfahrene" ältere Therapeutinnen und Therapeuten, die sich keine Erholung gönnen, die sich mit Patientenarbeit über lange Strecken überfordert haben bis hin zur "*déformation professionnelle*", können in diese Gefahr geraten. Der späte Briefwechsel zwischen *Ferenczi* und *Freud* macht dies in bedrückender Weise deutlich (*Ferenczi, Freud* 1994. Wenn *Freud* die Neurotiker als "Gesindel" bezeichnet hat, das gerade noch dazu taugt, die Studien und Forschungen der Analytiker zu finanzieren, so ist das sicherlich die Aussage eines ausgebrannten alten Mannes, der zudem noch unter seiner schweren Erkrankung zu leiden hatte (*Schur* 1982). Nicht anders mag seine Aussage zu deuten sein, daß Patienten vom Arzt bei der psychoanalytischen Kur mit der Kälte und der Präzision eines Klinikchirurgen zu behandeln seien: *Freud* (1912, "Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung", GW 8, 380f) formulierte: "Ich kann den Kollegen nicht dringend genug empfehlen, sich während der psychoanalytischen Behandlung den Chirurgen zum Vorbild zu nehmen, der alle seine Affekte und selbst sein menschliches Mitleid beiseite drängt, und seinen geistigen Kräften ein einziges Ziel setzt: die Operation so kunstgerecht als möglich zu vollziehen ... Die Rechtfertigung dieser vom Analytiker zu fordernden Gefühlskälte liegt darin, daß sie für beide Teile die vorteilhaftesten Bedingungen schafft, für den Arzt die wünschenswerte Schonung seines Affektlebens, für den Kranken das größte Ausmaß von Hilfeleistung, das uns heute möglich ist".

Die menschenverachtenden Äußerungen von *Fritz Perls*, die wir in seinen späten Protokollen zuweilen finden - er brachte, wie auch *Freud*, immer wieder natürlich auch Engagement für Menschen auf -, können gleichfalls unter der Perspektive subtiler, maligner Burnout-Phänomene gesehen werden. *Perls* entwickelte die Position, daß jeder für sich selbst volle Verantwortung übernehmen müsse, auch in seinen Intensivworkshops. "*Cooper*. Ich weiß von den Gruppen her, in denen ich mit Dir [*Perls*] zusammen war, daß Du zu sagen pflegst, daß Du für das Verhalten eines Individuums außerhalb der Gruppe keine Verantwortung übernimmst. Bezieht sich deine Einstellung zum Verhalten des Teilnehmers außerhalb der Gruppensituation darauf, daß es seine Sache ist? *Fritz*. Genau. Ich bin nur für mich selbst verantwortlich. Wenn Du für dich entscheidest, verrückt zu werden, dann ist das Deine Sache" (*Perls* 1980, 190). Einen Klienten als "pompösen Arsch" (*pompous ass*) zu bezeichnen, als "Saboteur", "Giftmischer" (*Perls* 1969b, 203f, 207) ist nicht vertretbar, auch in "intensive workshops" (S. 217) nicht. Aber *Perls* hatte in dieser Zeit einen Workshop nach dem anderen durchgeführt, bis zur Erschöpfung. Jede Form therapeutischer "Herrgöttlichkeit" sollte in diesem Zusammenhang kritisch betrachtet werden, genauso wie die Strategien ideologischer Überhöhung, denn sie sind oft genug Kompensationsmechanismen, eine intakte Fassade, Burnout im Gewand von Pseudokompetenz. Die Flucht in die wissenschaftliche Abgehobenheit oder in den Pragmatismus cooler Kundenorientierung (*Petzold, Petzold* 1996), in die seligen Sphären des "Transpersonalen" (*Waldman* 1996; *Galuska* 1995), das den lebensnahen Kontakt mit dem Leiden von Menschen in seiner Unmittelbarkeit und Konkretheit verliert, können zu äußerst subtilen Phänomene "malignen Burnouts"

entgleisen, maligne deshalb, weil die Menschen, die Hilfe und ganz konkretes Engagement brauchen, vor einer Sachlichkeit stehen, die verletzt - sie benötigen weder psychotechnische Dienstleistungen noch eine erhabene Höhe, die eine Unerreichbarkeit aufrichtet, einen gleichsam "heiligen Abstand", der letztlich eine inadäquate Zurückweisung darstellt. Verklärte Abständigkeit im Sinne narzißtischer Unerreichbarkeit (*Schmidt-Lellek* 1995) sollte als Symptom in den Blick genommen werden.

All diese Momente sind dazu angetan, die "Erosion der Tragfähigkeit" zu fördern, wobei ein subtiler *Doublebind* entsteht: Einerseits wird Verlässlichkeit und Zuwendung angeboten und in gewissen Maßen gewährt, zum anderen wird sie verweigert. *Dörte von Drigalski* (1980) hat dies in die treffende Metapher "Blumen auf Granit" gefaßt. Therapeuten können auf diese Weise einen kaschierten Burnout agieren, mit ihren Patienten kollusive "Burnout-Allianzen" bilden, in denen dann *maligne Stabilisierungen* geschehen, die letzte Zusammenbrüche verhindern, aber ungute Chronifizierungen bewirken. Solche Dynamiken werden gefördert, wenn Therapeuten zu viele Therapien machen oder machen müssen, wenn sie z. B. in Institutionen "maximal ausgelastet" werden oder wenn sie sich in ihrer Praxis voll auslasten müssen bis zur Überlastung, weil die Kostenstrukturen so ungünstig werden. Hier werden Psychotherapeuten zu "hilflosen Helfern" gemacht, denn dieser "unmögliche Beruf" (*Freud*) läßt sich nicht ohne "Erosion der Tragfähigkeit" in der Vierzig-Stunden-Woche "durchziehen" - der Burnout ist sonst sicher.

Zusammenfassung: Erosion persönlicher Tragfähigkeit, traumatischer Jobstress - Ursachen „malignen Burnouts“ in helfenden Berufen (1996)

Burnout wird als multifaktorieller, kontextdeterminierter Prozeß, ohne strukturierten Phasenablauf beschrieben, ein Prozeß, in dem eine "Erosion persönlicher Tragfähigkeit" durch "critical job events" und "daily hassles on the job" geschieht. Dabei werden Helfer durch schlechte institutionelle Bedingungen hilflos gemacht. Durch problematische Ideologien kommt es zu Selbststigmatisierungen, durch unqualifizierte Supervision kann es zu falscher Entlastung kommen. Statt einer Verbindung von Phänomenen "malignen Burnouts" können Phänomene subtiler Aggression, Vernachlässigung und Gleichgültigkeit gegenüber Patienten sogar gefördert werden.

Schlüsselworte: Maligner Burnout, Jobstress, Krisen der Helfer, Erosion persönlicher Tragfähigkeit, Integrative Therapie.

Summary: Erosion of personal supportivity, traumatic job stress – causes of “malign burn-out” in the helping professions

Burn-out is described as a multifactor process, determined by the context and without structuring phases. In this process an "erosion of personal bearing capacity" is taking place through "critical job events" and "daily hassles on the job". The helping profession are made helpless in these processes by negative institutional conditions. Problematic ideologies are fostering selfstigmatisation, unqualified supervision may provide dysfunctional relief. Instead prevention of "malign burnout", subtle aggression, neglect and indifference towards treatment may be supported.

Keywords: Malign Bourn-out, Job Stress, Crisis of Helpers, Erosion of personal bearing capacity, Integrative Therapy

Literatur:

Barolin, G.S., Schwerste Mißstände in "einem Wiener Pflegeheim" - schon 1985 in allen Details publiziert! *Österreichische Krankenhauszeitschrift* 31 (1990) 33-43.

Becker-Fischer, M., Fischer, G., Sexueller Mißbrauch in der Psychotherapie - was tun? Orientierungshilfen für Therapeuten und interessierte Patienten, Roland Asanger, Heidelberg 1996.

Belardi, N., Die Stigmatisierung der Institution - Stigmatisierung durch die Institution, *Gestalt und Integration* 1 (1991) 72-77.

Brusten, M., Hohmeier, J., Stigmatisierung. Bd. 1, Luchterhand, Neuwied, Darmstadt 1975.

Burke, R.J., Toward a phase model of burnout - Some conceptuel and methodological concerns. *Group and Organization Studies* 14 (1989) 23-32.

Caspi, A., Bolger, N., Eckenrode, J., Linking person and context in the daily stress process, *Canadian Journal of Behavioral Science* 11 (1987) 184-195.

Drigalski, D. v., Blumen auf Granit, Ullstein, Berlin 1980.

Ellis, A., Psychotherapy is alarmingly encumbered with disposable myths, *Psychotherapy* 3 (1995) 495-499.

Enzmann, D., Kleiber, D., Burnout. Eine internationale Bibliographie, Hogrefe, Göttingen 1990.

Ferenczi, S., Freud, S., Briefwechsel, Bd. 1/1 und 1/2, Böhlau, Köln 1994.

Filipp, S.H., Kritische Lebensereignisse, Urban & Schwarzenberg, München 1981, erw. Aufl. 1990.

Flammer, A., Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung, Huber, Bern 1990.

Freud, S., Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung (1912c), in: GW, Bd. VIII, Fischer, Frankfurt 1973, 376-387.

Freudenberger, H.J., North, G., Womens' Burnout. How to spot it, how to intervene and how to prevent it, Doubleday, Garden City, NY 1985.

Frey, D., Irle, M., Theorien der Sozialpsychologie, Huber, Bern 1992.

Galuska, J., Ich, Selbst und Sein, *Transpersonale Psychologie und Psychotherapie* 1 (1995) 38-51.

Glover, E., The Technique of Psycho-Analysis, International Universities Press, New York 1955.

Golembiewski, R.T., A Phase model of burn-out in OD: Implications for praxis and research (Presentation at Conference, "Organizational Development, 11.-12.11.1982), San Francisco.

Golembiewski, R.T., Munzenrider, R.F., Carter, D., Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and praxis, *Journal of Applied Behavioral Science* 19 (1983) 461-481.

Golembiewski, R.T., Rountree, B.H., Phases of burn-out and properties of work environments: Replicating and extending a pattern of covariants. *Organization Development Journal* 4 (1986) 25-30.

Haan, N., Coping and defending. Process of self-environment organization, Academic Press, New York 1977.

Harrison, P.A., Journalists and job burnout. *Masters Abstracts International* 27 (1988) 163.

Harter, S., Effectance motivation reconsidered: towards a developmental model, *Human Development* 21 (1978) 34-68.

Heimannsberg, B., Zwischen Selbstverwirklichung und Handlungskompetenz - Überlegungen zu Machtfragen in Lehranalyse und Weiterbildung, *Integrative Therapie* 1 (1996).

Heller, K., The effects of social support: Prevention and treatment implications in: Goldstein, A.P., Kanfer, H. (eds.), Maximizing treatments gains, Academic Press, New York 1979, 353-382.

Hitzler, R., Honer, A., Maeder, Chr. (Hrsg.), Expertenwissen. Die institutionalisierende Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit, Westdeutscher Verlag, Opladen 1994.

Jones, E.E., Farina, A., Hastorf, A.H., Markus, H., Müller, D.T., Scott, R.A., Social Stigam: the psychology of marked relations, Freeman, New York 1984.

Kolligian, J., Sternberg, R., Perceptions of competence and incompetence across the life-span, Yale University Press, New Heaven 1989.

Krampen, G., Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen, Hogrefe, Göttingen 1989.

Laireiter, A. (Hrsg.), Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung, Huber, Bern 1993.

Lazarus, R.S., Launier, R., Streßbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt, in: Nitsch, J. (Hrsg.), Streß, Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen, Huber, Bern 1981, 213-259.

Menniger, K.A., Theory of Psychoanalytic Technique, Baic Books, New York 1958.

Metzmacher, B., Petzold, H.G., Zaepfel, H., Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes. Theorie und Praxis der Integrativen Kindertherapie, Junfermann, Paderborn 1995.

Mierke, K., Wille und Leistung, Hogrefe, Göttingen 1955.

Moos, R.H., Coping with life crisis. An integrated approach, Plenum, New York 1986.

Nestmann, F., Die alltäglichen Helfer, de Gryter, Berlin 1988.

O'Connell Higgins, G., Resilient adults. Overcoming cruel past, Jossey Bass Publ., San Francisco 1994.

Orth, I., Petzold, H.G., Sieper, J. Ideologeme der Macht in der Psychotherapie - Reflexionen zu Problemen und Anregungen für alternative Formen der Praxis, 1995b, in: Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J., Qualitätssicherung und Didaktik in der therapeutischen Aus- und Weiterbildung, Sonderausgabe von *Gestalt und Integration*, FPI-Publikationen, Düsseldorf 1995a.

Perls, F.S., Gestalt Therapy Verbatim, Real People Press, Lafayette 1969b; dtsh. Gestalttherapie in Aktion, Klett, Stuttgart 1974.

Perls, F.S., Gestalt, Wachstum, Integration, Junfermann, Paderborn 1980, 1987³.

Petzold, H.G., Überforderungserlebnis und nostalgische Reaktion bei ausländischen Arbeitern in der BRD, Genese, Diagnose, Therapie, Paris 1968a.

Petzold, H.G., Arbeitspsychologische und soziologische Bemerkungen zum Gastarbeiterproblem in der BRD, *Zeitschrift f. Prakt. Psychol.* 7 (1968b) 331-360.

Petzold, H.G., Überforderungserlebnis und nostalgische Reaktion als pädagogisches Problem an Auslandsschulen, *Der deutsche Lehrer im Ausland* 1 (1968c) 2-9.

Petzold, H.G., Gegen den Mißbrauch von Körpertherapie. Risiken und Gefahren bioenergetischer, primärtherapeutischer und thymopraktischer Körperarbeit, *Sensus-Kommunikation* 3 (1977l) 3-7; auch in: *Petzold* (1977n) 478-490.

Petzold, H.G. (Hrsg.), Die neuen Körpertherapien, Junfermann, Paderborn 1977n; Taschenbuchausgabe dtv, München 1992.

Petzold, H.G., Mit alten Menschen arbeiten, Pfeiffer, München 1985a.

Petzold, H.G., Die Verletzung der Alterswürde. Zu den Hintergründen der Mißhandlung alter Menschen und zu den Belastungen des Pflegepersonals, 1985d, in: *Petzold* (1985a) 553-572.

Petzold, H.G., Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I/1 und I/2, Junfermann, Paderborn 1988n; 3. revid. und überarbeit. Auflage 1996a.

Petzold, H.G., Belastung, Überforderung, Burnout - Gewaltprobleme in Heimen, *Behinderte in Familie, Schule, Gesellschaft* 4 (1989b) 17-44.

Petzold, H.G., Belastung, Überforderung, Burnout, *Altenpflege* 11 (1990t) 648-680.

Petzold, H.G., Krisen der Helfer - Überforderung, zeitextendierte Belastung und Burnout, 1991p, Vortrag auf dem Symposium "Krisenintervention Heute", 25./26. Oktober 1991, Inselspital, Kinderklinik, Bern, in: *Schnyder, U., Sauvant, Ch.*, Krisenintervention in der Psychiatrie, Huber, Bern, 157-196.

Petzold, H.G., Integrative Therapie. Ausgewählte Werke, Bd. II/2: Klinische Theorie, Junfermann, Paderborn 1992a.

Petzold, H.G., Frühe Schädigungen, späte Folgen? Psychotherapie und Babyforschung, Bd. 1, Junfermann, Paderborn 1993c.

Petzold, H.G., Mehrperspektivität - ein Metakzept für die Modellpluralität, konnektivierende Theorienbildung und für sozialinterventives Handelns in der Integrativen Supervision, 1994a, *Gestalt und Integration* 2 (1994) 225-297.

Petzold, H.G., Die Kraft liebevoller Blicke, Psychotherapie und Babyforschung, Bd. 2, Junfermann, Paderborn 1994j.

Petzold, H.G., Weggeleitet und Schutzschild. Arbeit mit protektiven Prozessen und sozioökologische Modellierungen in einer entwicklungsorientierten Kindertherapie, 1995a, in: *Metzmacher, Petzold, Zaepfel* (1995) 169-280.

Petzold, H.G., Goffin, J.J.M., Oudhof, J., Protektive Faktoren und Prozesse - die "positive" Perspektive in der longitudinalen, "klinischen Entwicklungspsychologie" und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie, in: *Petzold, Sieper* (1993a) 173-266 und in: *Petzold* (1993c) 345-497.

Petzold, H.G., Petzold, Ch., Kundenorientierung, Institution, Organisation, Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1996a.

Petzold, H.G., Petzold, Chr., Maligner Burnout, Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1996b.

Petzold, H.G., Rodriguez-Petzold, F., Geht es nur um Schweigepflicht oder um praktische Ethik? Eine Stellungnahme und empirische Erkundung zur Weitergabe von Geheimnissen und zur Anonymisierung in der Supervision, *OSC 2* (1996).

Petzold, H.G., Sieper, J. (Hrsg.), Integration und Kreation, Junfermann, Paderborn 1993a.

Ramin, G., Inzest und sexueller Mißbrauch, Junfermann, Paderborn 1992³.

Ross, L., The intuitive psychologist and his shortcomings: Distortions in the attribution process, in: *Berkowitz, L.* (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*, Bd 10, Academic Press, New York 1977, 173-220.

Schmidtbauer, W., Die hilflosen Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe, Rowohlt, Reinbek 1977.

Schmidtbauer, W., Helfen als Beruf. Die ware Nächstenliebe, Rowohlt, Reinbek 1983.

Schmidt-Lellek, Chr., Narzißtischer Machtmißbrauch in der Psychotherapie, in: *Schmidt-Lellek, Heimannsberg* (1995) 171-194.

Schmidt-Lellek, Chr., Heimannsberg, B. (Hrsg.), Macht und Machtmißbrauch in Psychotherapie, Edition Humanistische Psychologie, Köln 1995.

Schulthess, K., Gedanken zum Begriff des "Burnout-Syndroms", *Gestalt* (Schweiz) 1 (1996) 12-14.

Schur, M., Sigmund Freud. Leben und Sterben, übers. v. *Müller, G.*, Suhrkamp, Frankfurt 1982.

Schwarzer, R. (Hrsg.), Self-Efficacy: Thought control of action, Hemisphere Publishing Corporation, Washington 1992.

Seligman, M.E.P., Helplessness, Freeman, San Francisco 1978.

Seifer, R., Sameroff, A.J., Baldwin, C.B., Baldwin, A., Child and family factors that ameliorate risk between 4 and 13 years of age, *Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry* 5 (1992) 893-903.

Sonntag, U., et al., Übergriffe und Machtmißbrauch in psychosozialen Arbeitsfeldern. Phänomene - Strukturen - Hintergründe. DGVT Verlag, Tübingen 1995.

Steen, M.P. van der, Vermeer, A., Competentie en bewegingsbeïnvloeding, *Bewegen & Hulpverlening* 2 (1987) 92-111.

Stroebe, W., Hewstone, M., Codol, J.-P., Stephenson, G.M. (Hrsg.),
Sozialpsychologie. Eine Einführung, Springer, Berlin 1992².

Strupp, H.H., Hadley, S.W., Gomes-Schwarz, B., Psychotherapy for better or worse: An analysis of the problem of negative effects. Jason Aronson, Mount Vale, NY 1977.

Stern, D.N., The interpersonal world of the infant, Basic Books, New York 1985;
dtsch. Die Lebenserfahrung des Säuglings, Klett-Cotta, Stuttgart 1992.

Thomas, G., Umgang mit Burnout in der Teamsupervision, Vortrag auf dem Symposium "Teamarbeit und Teamsupervision" vom 03.-05.1995 in Berlingen am Bodensee/Schweiz, (erscheint in Tagungsband).

Waldmann, M., Transpersonale Psychologie: Definitionen, Beschreibungen und Konzepte, *Transpersonale Psychologie und Psychotherapie* 1 (1996) 4-22.

Walter, H., Mobbing: Kleinkrieg am Arbeitsplatz, Campus, Frankfurt 1993.