

# 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 psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen, Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

in Verbindung mit:

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

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

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

Prof. Dr. phil. **Michael Märtens**, 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 psychosoziale Gesundheit; Rorschach

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

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

Dr. phil. **Brigitte Schigl**, Department für psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems

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

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

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Düsseldorf/Hückeswagen.

[www.fpi-publikationen.de/supervision](http://www.fpi-publikationen.de/supervision)

## SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung

Ausgabe 11/2010

### Stress, Burnout, Krisen – Materialien für supervisorische Unterstützung und Krisenintervention\*

(2010)

*Hilarion G. Petzold \*\* , Hester van Wijnen \*\*\**

---

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

\*\* Teil I Leistungsnachweis von *H. van Wijnen* von *Hilarion G. Petzold* begleitet und ergänzt aus dem Studiengang Supervision an der Vrije Universiteit Amsterdam, Centrum für IBT, Dezember 2004.

\*\*\* Seminar Mitschrift aus dem IBT-Seminar Krisenintervention von *H. Petzold*, Mai 1975, redigiert von *Johanna Sieper* (Petzold 1975m, <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/index.php>)

**Vorbemerkung:** Hilarion G. Petzold

## **Teil I:**

### **Stress und Burnout und ihre Bedeutung für die Supervision**

Hester van Wijnen

#### 1 Einleitung

#### 2 Stresstheorien

##### 2.1 Erklärungsansätze zu den Stresstheorien

2.1.1 Cannon

2.1.2 Selye

2.1.3 Engel

2.1.4 Wolff

2.1.5 Motuzzi & Magoun, Lindsley, Hebb, Duffy und Malmo

2.1.6 Nitsch

2.1.7 Die physiologische Verarbeitung von Stress

2.1.8 Das kognitiv-transaktionelle Modell von Lazarus

2.1.9 Theorie von Hobfoll

2.1.10 Lennart Levi

##### 2.2 Stressoren

##### 2.3 Die Messung von Stress

#### 3. Burnout

##### 3.1 Definitionen und Beschreibung

##### 3.2 Burnoutsymptomatik

##### 3.3 Stress, Überforderung und Burnout aus der Sicht der Integrative Therapie/Supervision

##### 3.4 Burnoutmessung

##### 3.5 Burnout und Depression

##### 3.6 Burnout und Stress

##### 3.7 Der Krankheitsstatus von Burnout

#### 4. Stress und Burnout und die Bedeutung für die Supervision

##### 4.1 Levis Beobachtungen am Arbeitsplatz

##### 4.2 Supervision

4.2.1 Ressourcen stärken und Coping-/Creating-Prozesse fördern

4.2.2 Coping / Creating

4.2.3 Kreative Medien in der Ressourcenberatung / Supervision

4.2.4 Protektive Faktoren und Resilienzbildung unterstützen

4.2.5 Soziale Unterstützung

4.2.6 Entspannungstechniken als begleitende Intervention

## **Teil II:**

### **Ein Kriseneingriffsseminar - Techniken beziehungsgeleiteter Krisenintervention, Aufbau eines „guten Konvois“, „innerer Beistände“ und „protektiver Erfahrungen“ in Integrativer Bewegungstherapie (IBT), Integrativer Therapie (IT), Gestalttherapie (GT) (Petzold 1975m)**

1. Techniken „innerer Distanzierung“ aus der „Exzentrizität“
  - 1.1 Blick aus der Vogelperspektive, vom Berg auf die Lebensstraße
  - 1.2 „Bühnentechnik“ – Veränderungen von Szenen und Szenenfolgen im Lebensspiel
  - 1.3 „Five Years from Now“ - Blick aus der Zukunft zurück
  
2. Techniken der „Beruhigung und Stabilisierung“
  - 2.1 Der „Sichere Ort“ – „Orte der Kraft“
  - 2.2 „Innerer Konvoi“
  - 2.3 „Innere Beistände“, „Innere Mannschaft“
  
3. Techniken der „Selbstprotektion“
  - 3.1 Worte der Kraft und des inneren Zuspruchs
  - 3.2 Zeichen der Kraft
  - 3.3 Schutzschild und Schirm

## **Literaturverzeichnis**

## Vorbemerkung

Weil Stress, traumatischer Hyperstress (*Petzold et al. 2000*), Mobbing, (*Waibel, Petzold 2007*), Arbeitsüberlastung/Strain (*Petzold, Heini 1983, 1990t.*) wie sie bei Burn-Out-Situationen, und Krisen regelhaft auftreten, im Kontext von Supervisionen ein wesentliches Thema sind und häufig angesprochen werden, wurden in den von mir geleiteten Studiengängen für Supervision immer wieder zu diesem Themenkomplex Leistungsnachweise, Graduierungs-, Diplom- und Masterthesen vergeben und betreut (vgl. *Erker 2006, 2009*) – neben der Vielzahl der Arbeiten, die ich selbst zu diesen Fragen geschrieben habe (*Petzold 1968b, c, 1989b, 1993g*). *Erker (2009, 2)* stellt fest:

„Supervision wird allgemein als wichtiger Beitrag zur Burnout- Prävention angesehen. Durchforstet man relevante Standardwerke zur Supervision [ ... ] nach Beiträgen zu diesem Thema, finden sich zwar vielfältige Bezüge eingewebt in die allgemeine theoretische Auseinandersetzung, eine konzentrierte Darstellung der Wirkungszusammenhänge zwischen Arbeit, Burnout und Supervision sucht man zumeist vergeblich. Diese Situation macht der angehenden SupervisorIn die Einarbeitung in die Thematik nicht gerade leicht und wird – nach meiner Ansicht - der zunehmenden Bedeutung der Themen Burnout und Burnout- Prävention in der Arbeitswelt des 21. Jh. und somit auch in der supervisorischen Praxis nicht gerecht.“

Insgesamt liegt ein reiches Material zur Burnout-Thematik vor – meist disziplin- und schulenspezifische Übersichten (*Känel 2008; Nila et al. 2010*), die miteinander wenig Verbindungen haben. Hier ist noch viel zu tun. Natürlich ist von AutorInnen aus dem Integrativen Bereich viel zu der stressbedingten Störung „Burnout“ und zu angrenzenden stressbedingten Störungen geschrieben worden. Einen weiten, kritischen Überblick liefert *Ina Rösing (2003)* zur Burn-out-Forschung. Zur Traumatisierung durch traumatischen Stress und zur Traumatherapie finden sich die Arbeiten von *Petzold, Wolf et al. 2000, 2002*). Zur sekundären Traumatisierung hat *Jürgen Lemke (2006)* gearbeitet. Der supervisorische Bereich wurde dabei in der Tat nur wenig explizit behandelt, obwohl Supervision oft bei stressreichen Situationen, bei Krisen, Burn-Out-Gefährdungen, Hilfen geben soll und gibt. Die Integrative Supervision (*Petzold 1998a/2007a*) kann dabei auf die reiche Praxis der integrativen Krisenintervention (*Petzold 1982r, 1983t; Schyder, Sauvant 1993*) zurückgreifen, die von *Petzold* seit Mitte der sechziger Jahre entwickelt wurde und von ihm seit Anfang der siebziger Jahre bis heute in mehr als hundert Krisen-Seminaren im In- und Ausland gelehrt wurden – nicht gerechnet die Seminare von FPI-LehrtherapeutInnen, die sich auf das Krisenseminar spezialisiert haben wie *Dietrich Eck, Zorica Josić, Jürgen Lemke, Elisabeth Pahl, Ueli Schnyder, Hannelore Voss* u.a. Damit wurden die integrativen Krisenmethoden an viele tausend HelferInnen in Europa – TherapeutInnen, BeraterInnen usw. – weitergegeben. Diese Weitergaben verblieb zumeist im Bereich der praktischen Lehre und mündlichen Überlieferung, weil diese potenten Methoden nicht „aus dem Buch“ erlernt werden sollten (Seminar Mitschriften aus Petzolds Seminaren finden sich indes; vgl. *Petzold 1975m, 1977i* und bei *Rahm et al. 1993, 517ff*). Deshalb werden hier Materialien vorgelegt, die den konzeptuellen und praxeologischen Fundus in diesem thematischen Feld anreichern sollen durch einen Übersichtstext, der als Leistungsnachweis in dem von mir geleiteten Supervisionsstudiengang an der FU Amsterdam 2004 von *Hester van Wijnen* geschrieben und von mir ergänzt wurde, weiterhin durch eine Mitschrift aus dem Übungsteil meines Kriseninterventionsseminars (*Petzold 1975m*). Eine weitere Mitschrift hat Theorieteile festgehalten (idem 1977i).

Für den gesamten Integrativen Ansatz zur dieser Thematik „Stress, Krise, Burnout“ gelten folgende Grundkonzepte, die den „Materialien“ voran gestellt seien:

**„Der Mensch ist von seiner evolutionsbiologischen Entwicklung her dafür ausgerüstet und ausgestattet, Höchstbelastungen zu erbringen und auszuhalten, mit Überforderungen fertig zu werden, Traumata zu verarbeiten – sein höchst funktionales Stressverhalten, seine optimal ausgelegte Stressbiologie und seine lebenssichernde Traumaphysiologie läßt dieses Überlebenspotential erkennen. Natürlich kann er an diesen Belastungen auch scheitern und zu Schaden kommen. Deshalb muss alles daran gesetzt werden, dass es nicht zu Dauerbelastungen bzw. -überlastungen durch serielle Traumatisierungen und prolongierte Krisenprozesse kommt**  
**H. G. Petzold Kriseninterventionsseminar in Belgrad in: (Josić, S., Petzold, H.G. 1995)**

In die Krise kommt der ganze Mensch mit seinem Netzwerk, wenn eine prekäre oder desaströse **Lebenslage** entsteht.

- **Lebenslage** – Das sozialwissenschaftliche Konstrukt der *Lebenslage* versucht, „die materiellen und immateriellen Anliegen und Interessen eines Menschen zu erfassen und damit die *Lebensverhältnisse in ihrer Gesamtheit bzw. Interdependenz* zu sehen. Es fragt also nach äußeren Rahmenbedingungen und Anliegen der Betroffenen gleichermaßen und berücksichtigt explizit ihre wechselseitige Bedingtheit, bezieht also objektive gesellschaftliche Gegebenheiten wie deren subjektive Verarbeitung auf der Ebene der Befindlichkeit von Individuen mit ein“ (Bäcker, Naegele 1991, Hervorhebung von HP).

**„Prekäre Lebenslagen** sind zeittextendierte Situationen eines Individuums mit seinem *relevanten Konvoi* in seiner sozioökologischen Einbettung und seinen sozioökonomischen Gegebenheiten (Mikroebene), die dieser Mensch und die Menschen seines Netzwerkes als *‘bedrängend’* erleben und als *‘katastrophal’* bewerten (kognitives *appraisal*, emotionale *valuation*), weil es zu einer Häufung massiver körperlicher, seelischer und sozialer Belastungen durch Ressourcenmangel oder -verlust, Fehlen oder Schwächung *‘protektiver Faktoren’* gekommen ist. Die Summationen *‘kritischer Lebensereignisse’* und bedrohlicher Risiken lassen die Kontroll-, Coping- und Creatingmöglichkeiten der Betroffenen (des Individuums und seines Kernnetzwerkes) an ihre Grenzen kommen. Eine *Erosion* der persönlichen und gemeinschaftlichen Tragfähigkeit beginnt. Ein progredienter Ressourcenverfall des Kontextes ist feststellbar, so daß eine Beschädigung der persönlichen Identität, eine Destruktion des Netzwerkes mit seiner *‘supportiven Valenz’* und eine Verelendung des sozioökologischen Mikrokontextes droht, eine *destruktive Lebenslage* eintritt, sofern es nicht zu einer Entlastung, einer substantiellen *‘Verbesserung der Lebenslage’* durch Ressourcenzufuhr kommt und durch infrastrukturelle Maßnahmen der Amelioration, die die Prekarität *dauerhaft* beseitigen und von *Morenos* (1923) Fragen ausgehen: *‘Was hat uns ins diese Lage gebracht? Worin besteht diese Lage? Was führt uns aus dieser Lage heraus?’* “ (Petzold 2000h)

Die **Lebenslage** eines Menschen und sein „soziales Netzwerk“ über die Zeit, sein „**Konvoi**“, bestimmen die Persönlichkeit – „Selbst, Ich, Identität“ – im Positiven, und wenn sie stressreich, überstresst sind, im Negativen.

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).....

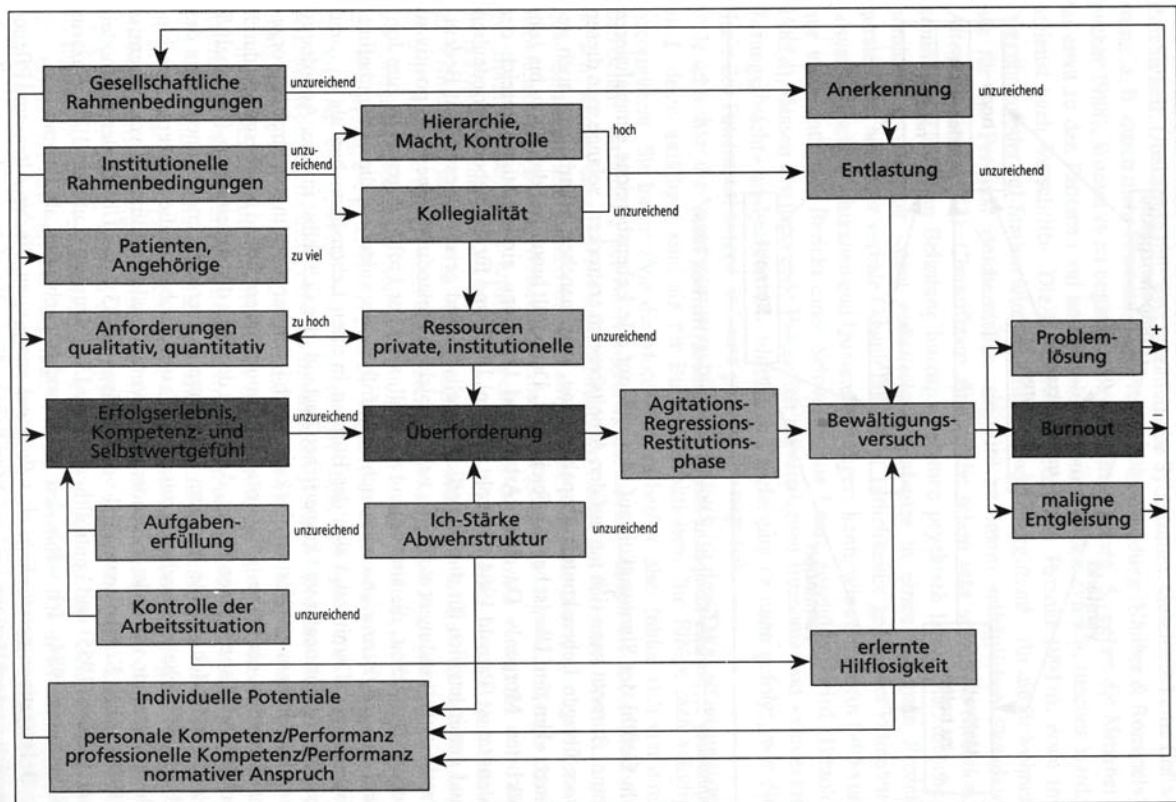
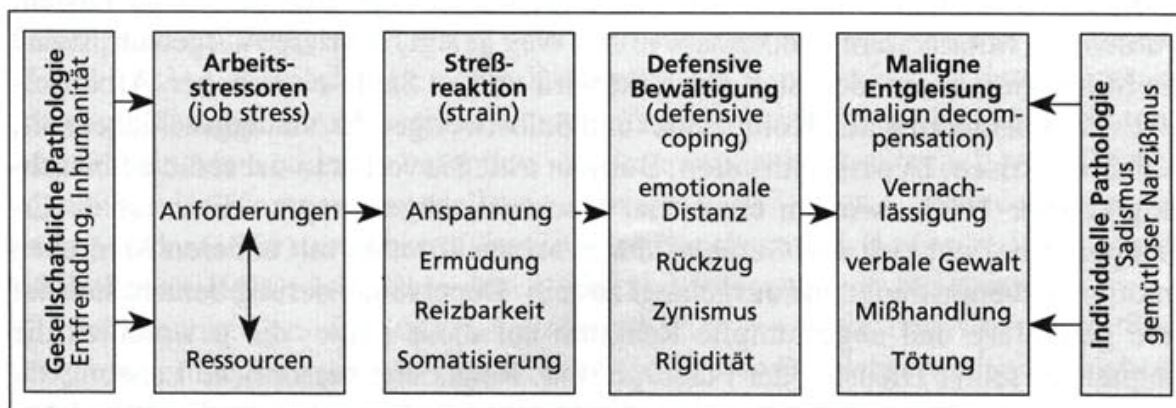


Abbildung 6: Integratives Modell des Burnout – auslösende Faktoren und Verlauf (aus: Petzold 1989b)



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, Petzold, Müller, Horn, Leitner 1985); . Das voranstehende Konzept lässt sich sowohl auf überlastete Teams als auch auf Individuen anwenden. In beiden Fällen führt gelungenes Coping – das

Lösen der Krise – zu einem Kompetenzgewinn; beim Scheitern droht Kompetenzverlust. Es kommt zu „erlernter Hilflosigkeit“ und beim Scheitern von Coping kann eine Chronifizierung des Burnout bis zur „malignen Entgleisung, d.h. Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung“ (Petzold 1993g, Seite 172) eintreten.

## **Stress und Burnout und ihre Bedeutung für die Supervision** **Hester van Wijnen**

### **1. Einleitung**

Stress ist eine automatische Reaktionsweise aus der „Steinzeit“, die unsere Vorfahren als Teil ihres genetischen Programms entwickelten, um bei Bedrohungen - wie beispielsweise durch ein Wolfsrudel - flüchten oder kämpfen zu können. Auf physiologischer Ebene werden dabei verstärkt Hormone, insbesondere Adrenalin, ausgeschüttet, die stärkere körperliche Anstrengungen ermöglichen, die Herzfrequenz, den Blutdruck und den Kreislauf ankurbeln. Auch wenn unsereiner heutzutage selten auf ein Wolfsrudel trifft, womit der ursprüngliche Zweck der Stressreaktion hinfällig wird, bleibt sie doch fester Bestandteil unseres genetischen Erbes.

In einigen Fällen kann Stress durchaus sinnvoll sein, indem er uns zu Höchstleistungen anspornt. Ab einem bestimmten Punkt kann er aber auch dazu führen, dass ein Mensch mit den an ihn gestellten Forderungen überfordert ist, was dann psychische und körperliche Symptome hervorruft. Es gibt zahlreiche Gründe dafür, warum es dazu kommt, doch immer mehr Forscher sind sich einig, dass diese weite Verbreitung von Stress auf die einschneidenden und schnellen Veränderungen in unserer Gesellschaft und die daraus entstehende Unsicherheit und Bedrohung zurückzuführen ist.

Eng verbunden mit Stress ist die Burnout-Symptomatik.

Rösing (2003, 65)definiert:

„Burnout ist eine anhaltend negative, auf Arbeit bezogene, mentale Verfassung gesunder/normaler Menschen, die primär durch Erschöpfung gekennzeichnet ist und begleitet wird von erheblichen Leiden, einem Gefühl reduzierter Effektivität, nachlassender Motivation und der Entwicklung dysfunktionaler Einstellungen und Verhaltensweisen bei der Arbeit. Diese psychologische Verfassung entwickelt sich langsam, kann aber von dem betroffenen Menschen lange unbemerkt bleiben. Sie ergibt sich aus der Nichtübereinstimmung von Intentionen und der Realität des Jobs. Burnout ist oft selbst-perpetuierend, weil das Syndrom mit unangemessenen Bewältigungsstrategien einhergeht“.

Beide Phänomene, Stress und Burnout, sind sowohl wissenschaftlich als auch im Alltag von großer Bedeutung und Wichtigkeit. Die Tatsache, dass die Literatur hierzu von schier unerschöpflichem Ausmaß ist, legt den Schluss nahe, dass es sich dabei zudem um ein Problem von zentraler gesellschaftlicher Bedeutung handelt.]

Alternative: In der vorliegenden Arbeit werden verschiedene Konzepte zu physiologischem und psychologischem Stress beleuchtet. Darüber hinaus stehen Theorien zu Burnout bzw. zur Forschung dazu im Blickpunkt der Betrachtung. Es handelt sich hierbei um eine Auswahl.



In der Konsequenz soll dann untersucht werden, welche Relevanz Stress und Burnout vor dem Hintergrund der Supervision haben, dies insbesondere im Kontext von arbeitsplatzbedingten Settings.

Für die Bewältigung beider Phänomene sind Coping- und Creating-Strategien sowie Ressourcenberatung unverzichtbar. Es werden Möglichkeiten dargestellt dies in der Supervision zu integrieren.

## **2 Stresstheorien**

### **2.1 Erklärungsansätze zu den Stresstheorien**

In der Welt von heute hat die Wissenschaft begonnen, lang überlieferte Ansichten und „Glaubensbekenntnisse“ über einen Zusammenhang zwischen Stress, Emotionen und Krankheit zu überprüfen. Ein neues Feld der Forschung beispielsweise, mit dem Ziel der Untersuchung von Verbindungen zwischen neuroendokrinem System, Immunsystem und weiteren Faktoren, hat bereits aufregende Entdeckungen gemacht, welche zu bestätigen versprechen - und dies in der modernsten wissenschaftlichen Sprache -, dass es einen Einfluss von Stress, Emotionen und Verhalten auf das Auftreten, den Verlauf und die Überwindung/Remission von Krankheiten gibt.

Für Jahrhunderte - und lange vor den ersten Schritten der modernen Wissenschaft - hatten Ärzte, Heiler und andere gleichermaßen anerkannt, dass die Art und Weise, wie Menschen Gefühle sowie „Umwelteinflüsse“ wahrnahmen und empfanden, ihre körperlichen Reaktionen auf diese Gefühle (und Außeneinwirkungen) beeinflussen konnte. Als im zeitlichen Verlauf eine sich zunehmend durchsetzende medizinische Theorie die mögliche Existenz solcher Interaktionen zwischen Geist und Körper ablehnte, schienen dennoch immer wieder gewöhnliche Erfahrungen und gelegentlich recht Aufsehen erregende klinische Erfolge das Gegenteil aufzuzeigen. Die Stressforschung hat bereits eine längere Geschichte, mit zahlreichen einschlägigen Veröffentlichungen. Nachfolgend werden bedeutungsvolle Theorien von Cannon, Selye, Engel, Wolff, Motuzzi & Magoun, Lindsley, Hebb, Duffy und Malmö, Nitsch, die physiologische Verarbeitung von Stress, das kognitiv-transaktionale Modell von Lazarus, Hobfoll und Levi beschrieben.

#### **2.1.1 Cannon**

Die systematische biologische Stressforschung begann mit den Arbeiten Cannons in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Cannon entwickelte seine Konzeption von zwei Fragestellungen aus. Einerseits ging es ihm darum, die somatische Grundlage von Emotionen aufzuweisen, andererseits ging es ihm um die Ausdifferenzierung des biologischen Gleichgewichtskonzepts unter dem Begriff „Homöostase“ (Nitsch 1981, 53). Im Rahmen dieser Überlegungen wurde der Stressbegriff in einen physiologischen Kontext gestellt und weiterhin auf soziale Gegebenheiten bezogen. Als verantwortlich wurde das sympatho-adrenale System und damit die Ausschüttung von Adrenalin gesehen. Cannon war sich über die Sinnhaftigkeit einer solchen „Notfallsreaktion“ für die Energiemobilisation zur Wiederherstellung der Homöostase im klaren, wobei der Sinn der homöostatischen Regulation darin gesehen wird, das

höhere Nervensystem von ständigen internen Regulationsaufgaben zu entlasten und für sozial wichtige Aufgaben freizusetzen (Nitsch, 53). Cannons Anliegen war es zu zeigen, dass biologische Organismen über eine angeborene „Weisheit des Körpers“ verfügen, welche es ihnen ermöglicht, in Situationen einer realen oder angenommenen Bedrohung automatisch ihre schützenden physiologischen und biochemischen Ressourcen zu mobilisieren. Als ein Beispiel einer solchen „defensiven Mobilisation“, im Sinne einer physiologischen Not(ab)wehr-Reaktion (Cannon W. 1914, 356-372) nennt er die messbare Antwort von Organismen auf Furcht/Wut und Gefahr, welche im Sinne einer „Kampf-oder-Flucht-Reaktion“ (*fight or flight response*) alle Energie speichernden Mechanismen anhält und stattdessen augenblicklich die vermehrte Freisetzung von Energieträgern im Körper aktiviert, um den Organismus solcherart eben zu Kampf oder Flucht zu befähigen (Cannon W.B. 1915) Diese „Kampf-oder-Flucht-Reaktion“ wird noch heute als Synonym für die „Stress-Reaktion“ oder „-Antwort“, insbesondere im angloamerikanischen Sprachraum, verwendet.

### 2.1.2 Selye

Im Jahr 1950 veröffentlichte Hans Selye sein umfangreiches Werk „The Physiology and Pathology of Exposure to Stress“, in welchem er Ideen näher darlegte, die er seit 1936 entwickelt hatte und die sich mit dem von ihm beschriebenen „Generellen Adaptations-Syndrom“ (GAS) beschäftigten (Selye H. 1950). Selyes Theorie beruhte auf der Ansicht, dass verschiedene „Stressoren“ (Herausforderungen, Umwelt-Faktoren) in der Lage seien, eine generelle/generalisierte, stereotype Reaktion in biologischen Organismen zu erzeugen mit dem Ziel, adaptive Funktionen und Prozesse erfolgreich zu aktivieren, damit diese - bzw. die Organismen - sodann wieder zur „Normalität“ zurückkehren können (Selye H. 1950 und Selye H. 1973, 692-699) Bereits in diesen frühen Werken attestierte Selye dem Hypothalamus, den Nebennieren sowie Rückkopplungsmechanismen zwischen zentralen und peripheren Strukturen (insbesondere für die „kortikoiden Hormone“) eine entscheidende Rolle in dem Geschehen (Selye H: 1950 und Selye H. 1973, 692-699) Wegen der großen Tragweite und der außerordentlich starken synthetischen bzw. interdisziplinären Potenz des Selye'schen Stresskonzeptes fanden seine Ideen eine schnelle und weite Verbreitung und übten fortan einen enormen Einfluss auf die Entwicklung verschiedener Fachgebiete und Disziplinen aus. Das „Stress-Syndrom“ wurde besonders populär in den 1960er Jahren, sicher auch bedingt durch die Tatsache, dass es als „modern“ galt und somit die Möglichkeit eröffnete, vermeintlich veraltete Denkmuster und Therapieansätze (z. B. psychoanalysebasierte psychosomatische Theorien) weiter zu diskreditieren.

Burisch (1994, 46) erachtet diese Theorie als sehr wesentlich für die Burnout-Theorie und stellt fest, dass die beobachtbaren körperlichen Anzeichen des Burnout-Syndroms identisch sind mit dem, das Selye „Generellen Adaptations-Syndrom“ (GAS) genannt hat. Üblicherweise werden hierbei die 3 Stadien Alarm, Resistenz und Erschöpfung unterschieden:

- Alarmphase: wird die Alarmreaktion durch einen Stimulus ausgelöst, so aktiviert der Hypothalamus auf hormonalem und neuronalem Weg Nebennrinde und –mark. Die Hormone Adrenalin und Noradrenalin werden ausgeschüttet; sie erhöhen den Blutdruck, beschleunigen den Pulsschlag und bewirken eine Verlagerung des vegetativen Gleichgewichts zum Sympathikus. Die Zucker- und Fettreserven des Körpers werden angegriffen, um im Bedarfsfall die Muskulatur versorgen zu

können, deren Tonus jetzt ebenfalls erhöht ist. Verdauungs- und Sexualfunktionen werden vermindert bzw. ausgeschaltet, die Immunabwehr ist geschwächt, die Blutgerinnungsfähigkeit erhöht. Gleichzeitig wird durch Einwirkung der Nebennierenhormone an den Synapsen des Zentralnervensystems (ZNS) die kognitive Leistungsfähigkeit herabgesetzt.

- Resistenzphase: wenn es sich um einen kurzzeitigen Stressor gehandelt hat, dann folgt eine Erholungsphase, in der alle physiologischen Parameter auf ihr Ausgangsniveau zurückkehren. Wenn der Stressor anhält, dann geht der Organismus in die Widerstandsphase über. In dieser Phase ist zwar die Widerstandsfähigkeit gegenüber dem ursprünglichen Stressor erhöht, aber die Immunreaktion als Ganzes bleibt geschwächt; Krankheitserreger können schwerer unschädlich gemacht werden als sonst. Daneben haben die dauernd erhöhten Konzentration der Nebennierenhormone eine Reihe von Nebenwirkungen. Die Thymusdrüse, das zentrale Steuerungsorgan des Immunsystems, dessen Schwächung mit Krebsentstehung in engem Zusammenhang steht, schrumpft. Nicht abgebaute Fettsäure im Blut beschleunigen die Arteriosklerose, verstärkte Blutgerinnungsfaktoren erhöhen die Thromboseneigung, die andauernde Verschiebung der Balance in vegetativen Nervensystem belastet den Kreislauf und vergrößert das Infarktrisiko, erhöhte Magensäureproduktion und Darmverkrampfungen führen zu Magen- und Darmgeschwüren, alle Sexualfunktionen werden dauerhaft beeinträchtigt, Konzentrations- und Lernschwierigkeiten treten auf (Burisch 46, 47).
- Erschöpfungsphase: Es erscheinen noch einmal die Symptome der Alarmreaktion, diesmal aber irreversibel. Erschöpfung, hier geht die adaptive Kapazität verloren. Es kommt zu Energiebereitstellungsproblemen (Glucose und Muskelenergie), d.h. Adaptationsproblemen. Die Wachstums-, Fortpflanzungsprozesse und die Immunabwehr funktionieren nicht mehr. Wenn die Nebennierenrinde (NNR) ihren Vorrat entleert hat, kann das GAS die Stressbewältigung nicht mehr erfüllen. Es kommt zur Vergrößerung der NNR (wie beim Cushing-Syndrom ein Krankheitsbild, das bei übermäßiger Ausschüttung von Nebennierenrindenhormonen auftritt. Symptome: u.a. Fettleibigkeit, Vollmondgesicht, hoher Blutdruck mit abnormer Vermehrung der Erythrozyten, Leukozyten und Thrombozyten wie man es auch bei langer Cortisoneinnahme beobachten kann), Schrumpfung der Thymusdrüse, Ulcusbildung, Störungen im Darmbereich, Gewichtsverlust und psychosomatische Störungen. Langzeitfolgen sind echte Erkrankungen wie Hypertonie, Herz-Nierenerkrankungen und Entzündungskrankheiten sowie Allergien. Das GAS ist ein stereotyp-hormonelles Muster, das unabhängig von der Art der Reizung bei jeder intensiven Reizeinwirkung abläuft.

Nach Selye gibt es 2 Möglichkeiten der Entstehung von Krankheiten im Zusammenhang mit GAS:

- Schädigung durch mangelnde Adaptation (Stress-Ulcus)
- Schädigung durch überschießende Adaptationsreaktionen (Hypertonie)

Die Alarmphase ist durch eine Überaktivierung gekennzeichnet und die Widerstandsphase durch typische psychosomatische Erkrankungen wie Asthma, Hypertonie, Ulcus usw. Die Erschöpfungsphase ist mit Infektanfälligkeit, frühzeitiger Alterung, depressive Zustände und Ängstlichkeit assoziieren.

Nitsch (1981, 54) erwähnt, dass Selye das Unspezifitätskonzept im Laufe der Zeit selbst ständig differenziert und ergänzt hat. So grenzt er den mit dem „Allgemeinen Adaptionssyndrom“ beschriebenen „Systemstress“ von dem auf den Wirkungsort eines Reizes beschränkten „lokalen Stress“ des „Lokalen Adaptionssyndrom“ ab. Unspezifische Stressfolgen werden nicht mehr nur morphologisch in der „Stresstrias“ und physiologisch im Allgemeinen Adaptionssyndrom, sondern in neuester Zeit auch in unspezifischen Verhaltensweisen zur Stressbewältigung gesehen. Nicht nur körperlich sondern auch psychische Reizen können das Allgemeine Adaptionssyndrom hervor rufen. Eine zusätzliche Erweiterung liegt in der Unterscheidung „Eustress“ und „Distress“, d.h. die typischen Stressreaktionen können sowohl durch schädliche Einwirkungen als auch durch als angenehm erlebte Ereignisse ausgelöst werden. Bis heute hat Selye an seiner speziellen Definition von Stress als unspezifische Reaktion des Organismus auf jede Anforderung festgehalten. Hier unterscheidet er sich von psychologischen Stresskonzepten.

### **2.1.3 Engel**

Eine große Alternative forderte in den 1970er Jahren das Selye'schen Stress-Modell heraus: George Engel und seine amerikanischen Kollegen an der Rochester-Universität entwickelten eine Theorie, welche sie schließlich „Konversations-Rückzug“ (*conversation-withdrawal*) nannten (Engel GL 1972, 57-85).

Wie Selye fokussierte Engel auf psychobiologische Bedrohungen (i.d.R. von außen) als Herausforderungen und Angriffe auf das individuelle Wohlbefinden. Im Gegensatz jedoch zur Auffassung von Selye (und anderen - wie z. B. Cannon), dass solche Herausforderungen bzw. Stressoren defensiv-protective physiologische Mechanismen aktivierten in einem „aufgerüttelten“ Organismus, welche (positiv) das unmittelbare Überleben sicherten, konzeptualisierte Engel die wichtigsten der reaktiven Verhaltensweisen (gegenüber Stressoren) im Kontext von Begriffen wie „Verlust“ und „Deprivation“, d.h., die Reaktion brachte nun den Organismus/das Individuum praktisch zum Rückzug, zur Isolation und zur Depression (Engel GL 1972, 57-85 und Engel GL. 1968, 293-300)

Stress wurde jetzt negativ interpretiert, wurde zu einer Gefahr: Gestörte individuelle Beziehungen sowie Gefühle der Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit führten laut Engel über eine zunehmende Sprachlosigkeit zu einem Status der physiologischen und psychischen Depression, und damit letztlich zu Krankheit und Tod (Engel GL 1972, 57-85 und Engel GL. 1968, 293-300)

### **2.1.4 Wolff**

Parallel zu Selye entwickelte H. G. Wolff eine ähnliche, wenn auch stärker psychosomatisch orientierte, Konzeption über Lebensstress und psychosozial bedingte Stresskrankheiten, die ebenfalls das moderne Krankheitsverständnis wesentlich beeinflusste. Er stellte Krankheit als die unpassende Version eines sonst geeigneten protektiven Reaktionsmusters dar, welches dem menschlichen Organismus normalerweise erlauben würde, sich gegen stressende Situationen und Ereignisse zu Wehr zu setzen (Wolff HG. 1953)

### 2.1.5 Motuzzi & Magoun, Lindsley, Hebb, Duffy und Malmo. (in Nitsch 1981, 55-56)

Neben der durch die Arbeiten Selyes geprägten und angeregten endokrinologischen Stressforschung entwickelte sich in den 50er Jahren vor allem auf der Grundlage der Arbeiten von Motuzzi & Magoun, Lindsley, Hebb, Duffy und Malmo eine ganz anders akzentuierte, (psycho-)physiologische Richtung, die Aktivierungstheorie. In ihrer allgemeinen Fassung hat sie mit dem endokrinologischen Konzept Selyes die Unspezifitätsannahme gemeinsam. Im Zentrum stehen jedoch neurophysiologische Vorgänge der unspezifischen kortikalen Erregung unter dem Einfluss der Formatio Reticularis. Wie im Grunde schon die Cannonschen Untersuchungen zu den physiologischen Grundlagen von Emotionen, überschreitet die Aktivierungstheorie die streng physiologische Betrachtungsweise durch die ausdrückliche Einbeziehung psychologischer Aspekte. Sie spielt deswegen auch in der modernen Psychologie eine wichtige Rolle.

### 2.1.6 Nitsch

Zu den biologischen Stresskonzepten kann man zusammenfassend sagen dass Stress ein Geschehen ist, das sich aus der Beziehung zwischen Person und Umwelt entwickelt und diese Beziehung gleichzeitig charakterisiert. (Siehe Abb. 1)

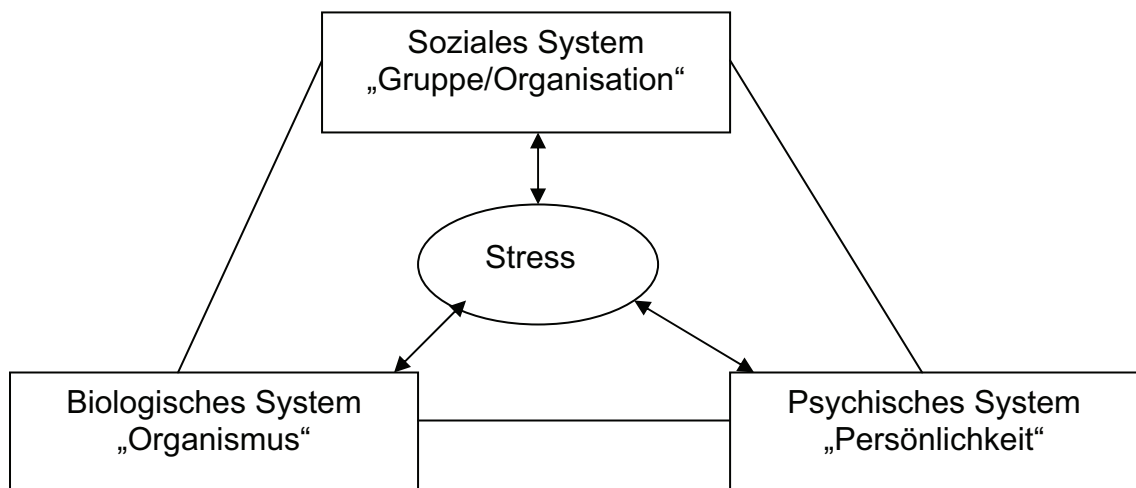


Abb. 1: Stress als dreifaktorielles Geschehen, nach Nitsch (1981, 53)

Stress ist ein Geschehen, das sich aus der Beziehung zwischen Person und Umwelt entwickelt und diese Beziehung gleichzeitig charakterisiert. Ein Einblick in den physiologischen Stressmechanismus lässt sich somit gewinnen, wenn man die wichtigsten Stationen und Teilsysteme ausgrenzt und in ihrem funktionalen Zusammenhang verdeutlicht, über die Reizeinwirkung und Verhalten gelagerten physiologischen Vermittlungsvorgänge verlaufen (Nitsch 1981, 57).

Wie in Abbildung 2 vereinfacht dargestellt, ist die physiologische Stressreaktion an zwei übergreifende Systeme gebunden: einerseits an das Zentralnervensystem (neuraler Weg), andererseits an das System der endokrinen Drüsen (neurohumoraler Weg).

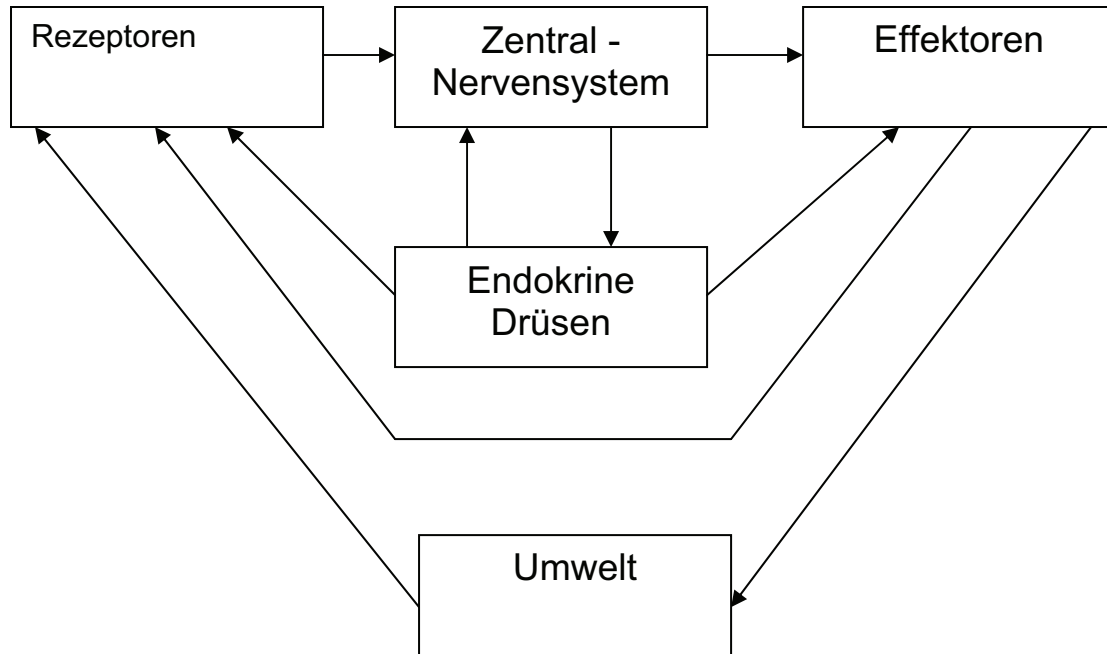


Abb. 2: Zentralnervensystem und endokrine Drüsen als tragende System der physiologischen Stressreaktion. Nach Nitsch (1981, 57)

Sichere Stresssymptome sind:

1. generelle Sympathikusaktivierung
2. Erregung der Hypophyse und des Nebennierenrinde-Systems (führt z.B. zur Ausschüttung der Hormone Cortisol und Corticosteron).
3. Anstieg der Herzfrequenz, des Blutdrucks, der Atmung, EEG (Elektroencephalogramm) -Veränderungen.
4. Vermehrte Ausschüttung von Katecholaminen (Noradrenalin, Adrenalin und Serotonin) sowie von Cortisol und Corticosteron.
5. Anstieg der freien Fettsäuren, denn bei Stress werden die Depots abgebaut.
6. Anstieg der Magensäurekonzentration (Salzsäure = HCL gebildet von Zellen der Magenschleimhaut) durch erhöhte Magenmotilität.

### 2.1.7 Die physiologische Verarbeitung von Stress (vgl. Niemitz 2002).

Auf spezifische Weise durch das limbische System stimuliert, schüttet der Hypothalamus als Reizantwort das Corticotropin auslösende Hormon aus. Dieses Hormon wirkt auf den an der Hirnbasis unmittelbar darunter liegenden Vorderlappen der Hypophyse, die ihrerseits das adrenocorticotrope Hormon ACTH an das Blut abgibt. ACTH wirkt auf das Gewebe der Nebennierenrinde ein und löst dort eine vermehrte Produktion und Ausschüttung von Hormonen aus. Diese Glucocorticoide das wichtigste ist das Cortisol wirken auf verschiedenste Weise durch eine sehr allgemeine Steigerung der Widerstandsfähigkeit. Cortisol wirkt erst nach dem Eindringen in die Zielzellen und dort erst im Zellkern, indem es die Genaktivität beeinflusst. Täglich produzieren die Nebennierenrinden 20 bis 30 Milligramm Cortisol. Ein genügend hoher Glucocorticoidspiegel im Blut wirkt hemmend auf den

Hypothalamus zurück, der dann weniger Auslöserstoffe produziert. Diese Rückkopplung funktioniert aber erst mit etwa zwei Wochen Verzögerung. Die biologische Halbwertszeit des Cortisols beträgt etwa 90 Minuten, das heißt, nach anderthalb Stunden wurde bereits die Hälfte des frei im Blut vorhandenen Cortisols durch die Niere ausgeschieden. Ein stetiger Mangel an Cortisol führt unweigerlich zum Tod.

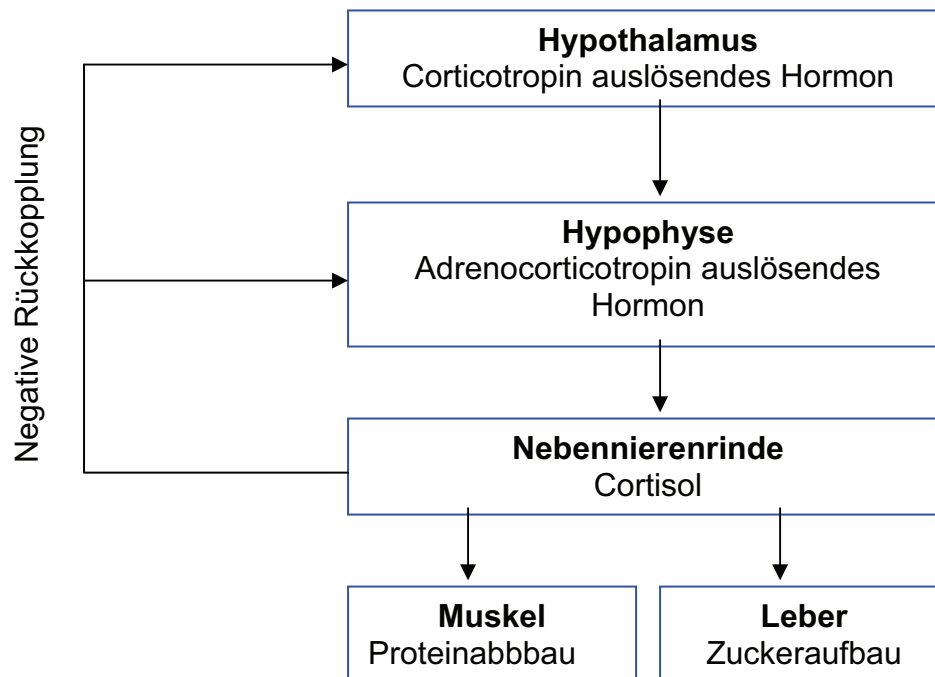


Abbildung 3: die physiologische Verarbeitung von Stress

Die "Notfallreaktion":

Der andere Weg der Stressreaktion geht ebenfalls vom Hypothalamus aus.

Über eine von ihm ausgelöste höhere Aktivität des Sympathikus kommt es im Nebennierenmark zur erhöhten Ausschüttung der Hormone Adrenalin und Noradrenalin, die aber auch ohne einen besonderen Reiz ständig in winzigen Mengen an das Blut abgegeben werden. Bei einer plötzlichen Stimulation wirkt der erhöhte Tonus des Sympathikus sehr schnell mit dem angestiegenen Spiegel der Catecholamine im Blut zusammen. Die wichtigste und unmittelbarste Wirkung ist die Bereitstellung von Energie durch Freisetzung von Blutzucker aus den Glykogenreserven der Leber und von Fett durch die Lipolyse aus dem Speicherfett des Körpers.

Andere Wirkungen zum Beispiel auf das Herz-Kreislauf-System und die Atmung vervollständigen die leistungssteigernde Wirkung.

Beim Eustress, bei körperlicher Arbeit oder Arbeitsbereitschaft im Spiel oder in aggressiven Situationen überwiegt das Noradrenalin deutlich, während plötzliche Angst das Verhältnis zugunsten des Adrenalins verschiebt.

Da die Synthese von Adrenalin über Noradrenalin als Vorstufe geht, hat die Umwandlungsrate zum Adrenalin einen wichtigen Einfluss auf seine Konzentration.

Auf die Zielorgane wirken beide über drei Typen von Rezeptoren, die ein ausgeklügeltes Reaktionssystem für die jeweils notwendigen Einstellungen bilden.



Stress löst - bewusst oder unbewusst - Informationsverarbeitungsprozesse aus, um eine Verminderung der Diskrepanz zwischen Ist- und Sollwert zu erzielen.

Solche gegenregulatorische Maßnahmen lassen sich auf organismischer Ebene nachweisen wie Blutdruckregulation oder auch auf der Verhaltensbasis wie die Anwendung von Coping-Strategien. Stressreaktionen werden durch Stressoren ausgelöst, die man in unterschiedlicher Weise klassifizieren kann (siehe Absatz „Stressoren“).

### 2.1.8 Das kognitiv-transaktionelle Modell von Lazarus

Lazarus hat seinen ersten Theorieentwurf (1966) mehrfach revidiert und inzwischen zu einer umfassenden Emotionstheorie (1991) weiterentwickelt (Krohne, 1996). Das transaktionale Stressmodell von Lazarus versucht, emotionale Reaktionen und ihre Bewältigung rein kognitiv zu erklären. Es bezieht die individuelle Motivation und Bewertung der Umwelt durch sein Konzept der Bewertung (appraisal) mit ein und macht so eine angemessene Definition von psychologischem Stress und Emotion erst möglich, wo die physikalische Stressdefinition und das Aktivierungsmodell zu kurz greifen (Lazarus, 1991).

Die nächste Abbildung zeigt den Ansatz von Lazarus. Er stellt mehr dar als nur eine Stresstheorie, denn er schließt komplexe Bewältigungsvorgänge und Emotionen sowie situative, persönliche und soziale Voraussetzungen und Konsequenzen mit ein.

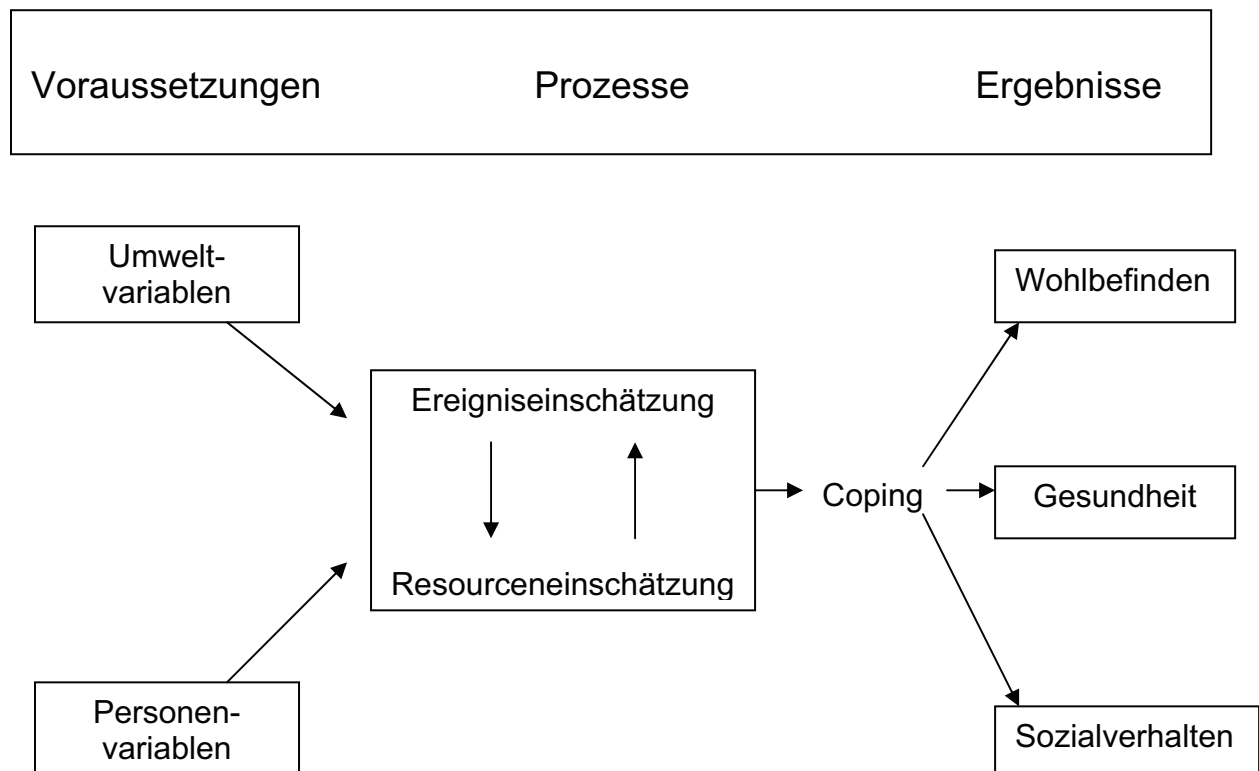


Abbildung 4: Stress und Coping aus transaktionaler Perspektive nach Schwarzer (1993,16)

Ein reziprokes Verursachungsmodell, wie es Lazarus postuliert, ist eine Stresskonzeption, die sich auf natürliche Stresssituationen bezieht (Laux, 1983). Demnach beeinflusst nicht nur die Umwelt das Verhalten der Person, sondern auch die Umwelt wird durch die Handlungen der Person beeinflusst und verändert. Das Ausmaß, in dem eine Situation Stressreaktionen produziert, hängt laut Lazarus (1966) von individuellen Charakteristika der Person ab. Deshalb lehnt Lazarus die Definition von Stress allein über die Situation ab, er distanziert sich aber von dispositionsorientierten Ansätzen der Stressforschung und bevorzugt die Deskription aktuell ablaufender Prozesse. Dabei folgt Lazarus der These von der Spezifität physiologischer Aktivierungsmuster, das heißt, es gibt für jede Emotion ein für sie spezifisches physiologisches Reaktionsmuster an. Weiterhin wird die Abhängigkeit emotionaler und motivationaler Veränderungen von kognitiven Prozessen und umgekehrt betont. Eine besondere Stellung nehmen dabei Bewertungsprozesse (bewertende Wahrnehmungen, Gedanken und Schlussfolgerungen) ein, die Umgebungsanforderungen (äußere Ereignisse, die adaptive Prozesse erfordern) und interne Anforderungen (Ziele, Werte, Verpflichtungen etc.), deren Nichterfüllen oder Aufschieben negative Konsequenzen nach sich ziehen würde, mit den der Person zur Verfügung stehenden adaptiven Mitteln vergleichen. Wird ein Ungleichgewicht zwischen Anforderungen und Mitteln, den Anforderungen gerecht zu werden und / oder die negativen Konsequenzen des Versagens zu verhindern, festgestellt, tritt Stress als eine spezielle Form der Transaktion zwischen Person und Umwelt auf. In der Konfrontation mit einer Situation sind die beiden kognitiven Aktivitäten Wissen und Bewertung entscheidend, die sich auch gegenseitig beeinflussen. Wissen (z.B. um die Giftigkeit oder Harmlosigkeit einer Schlange) wird von Lazarus (1991) als 'kalte Kognition' bezeichnet, die zwar die Grundlage für Bewerten und Handeln in einer Situation darstellt, aber allein keine Emotionen auslöst. Diese werden erst ausgelöst nach einer Bewertung der Situation hinsichtlich der Bedeutung für das eigene Wohlergehen (z.B. bedrohlich bzw. irrelevant) auf der Grundlage des Wissens (z.B. um die Giftigkeit oder Harmlosigkeit der Schlange) (Krohne, 1996).

Lazarus differenziert nach der Frage, ob das Individuum glaubt, die Situation kontrollieren zu können und ob die Gefahr höher eingeschätzt wird als die eigenen Kräfte. In diesem Modell werden Persönlichkeitsfaktoren sowie Variablen der Situationsdeutung als wichtige vermittelnde Größen berücksichtigt. So wird z.B. ein Individuum mit positivem, stabilen Selbstbild sowie hoher Kontrollüberzeugung aktiv auf jene Umstände einwirken, die den Stress verursachen und entsprechende Lösungsversuche einleiten, d.h., manche Menschen können für einen bestimmten Stressor höchst unterschiedlich anfällig sein. Bedeutsam für den Stressgehalt einer Situation oder eines Ereignisses sind aber nicht die objektiven Merkmale dieser Situation, sondern die Gedanken, Empfindungen und Überlegungen der davon betroffenen Person. Ein Reiz ist nicht deshalb stressend, weil er, wie Selye annahm, eine bestimmte Intensität übersteigt, sondern er wird erst durch die subjektiven Wahrnehmungen und Bewertungen dessen, der ihn erlebt, zu einem Stressreiz.

Lazarus unterscheidet primäre und sekundäre Bewertung (primary bzw. secondary appraisal) und Neubewertung (reappraisal), welche durch Persönlichkeitsmerkmale wie Motivationsdispositionen, Werthaltungen, Ziele und generalisierte Überzeugungen beeinflusst werden (Krohne, 1996). Bei der primären Bewertung wird entschieden, ob eine Situation im Hinblick auf die eigene Integrität (well-being) als irrelevant, angenehm-positiv oder stressbezogen empfunden wird. Eine Situation wird als stressbezogen bewertet, wenn entweder eine Bedrohung (threat) im Sinne von physischer Verletzung oder Vereitelung einer Bedürfnisbefriedigung, das

Nichterreichen von Zielen oder die Beeinträchtigung des Selbstwerts sich ankündigt (Antizipation von Schaden), ein Schaden-Verlust (harm-loss) aktuell oder in der Vergangenheit vorliegt oder die Situation eine Herausforderung (challenge) darstellt. Da eine herausfordernde Situation die Chance der erfolgreichen Bewältigung und die Möglichkeit, Kompetenz und Selbständigkeit zu entwickeln oder zu steigern, bietet, weist eine Herausforderung positive Erlebnisqualitäten auf. Das verdeutlicht, dass Lazarus den Stressbegriff von den unlustbetonten auf die lustbetonen Emotionen ausgedehnt hat (Laux, 1983). Die sekundäre Bewertung dient der Auswahl von Bewältigungsstrategien. Es werden die eigenen Ressourcen und Möglichkeiten im Hinblick auf eine erfolgreiche Auseinandersetzung mit der stressbezogenen Situation abgeschätzt (Krohne, 1996). Von der Abschätzung der eigenen Ressourcen hängt es ab, ob eine stressbezogene Situation als bedrohlich oder herausfordernd eingeschätzt wird (Lazarus & Folkman, 1984). Dieser Prozeß kann die primäre Bewertung überlappen, mit ihr zusammenfallen oder ihr vorausgehen. Primäre und sekundäre Bewertung beeinflussen sich wechselseitig (Laux, 1983). Hinweise aus der Umgebung, die Konsequenzen der eigenen Reaktionen rückmelden, führen zu einer Neubewertung der Situation. Über Neubewertungen kann der Bewältigungsprozess mehrere Stufen der Bewertung ablaufen. Von den Neubewertungen aufgrund von Rückmeldungen sind die defensiven Neubewertungen zu unterscheiden, die eine Gruppe von Bewältigungsformen darstellen. Defensive Neubewertungen sind selbstgeneriert und führen dazu, dass aufgrund von Abwehrmechanismen wie Verneinung oder Intellektualisierung eine ursprünglich bedrohliche Situation als neutral oder angenehm bewertet wird. Das Konzept der Bewältigung und die Klassifikation von Bewältigungsprozessen nach Lazarus sind oben beschrieben. Stressbewältigung und die oben genannten Formen der kognitiven Bewertung sind die beiden Moderatoren der stressbezogenen Transaktion zwischen Person und Umwelt (Krohne, 1996). Wie auch bei der kognitiven Bewertung nimmt Lazarus für das Bewältigungsverhalten situative und personale Einflußfaktoren an. Situative Einflußfaktoren sind Stärke, Dauer, Eintretenswahrscheinlichkeit und -zeitpunkt einer Gefahr, die Art der Gefährdung (physisch oder psychisch) und persönliche und soziale Ressourcen. Dagegen sind Motivationsmuster einer Person, Kontrollüberzeugung, Wissen, Kompetenzen und kognitive Stile zu den personenspezifischen Bedingungen von Bewältigungsverhalten. Als besonders bedeutsam sieht Lazarus dabei Motivationsmuster und Kontrollüberzeugung an (Krohne, 1996).

Lazarus (1991, 39) charakterisiert seine Theorie durch fünf metatheoretische Themen:

1. Es handelt sich um eine Systemtheorie, denn keine Einzelvariable kann die Emotionen hinreichend erklären. Vielmehr benötigt man ein organisiertes Ensemble von Voraussetzungen, Zwischengrößen und emotionalen Reaktionen.
2. Emotionen lassen sich nach den Prinzipien von Struktur und Prozess beschreiben, indem z.B. stabile Personen-Umwelt Beziehungen innerhalb eines Individuums zu immer wiederkehrenden emotionalen Mustern führen.
3. Das Entwicklungsprinzip besagt, dass Emotionen über die Lebensspanne gesehen einer Veränderung unterliegen, in dem und zwar Maße wie sich die Sozialisationsbedingungen ändern.
4. Das Prinzip der Spezifität besagt, dass jede einzelne Emotion auf ihren eigenen Gesetzmäßigkeiten beruht und somit eine Subtheorie für jede Emotion erforderlich wäre.

5. Jede Emotion enthält ihre eigene relationale Bedeutung, ein relationales Kernthema, in welchem die persönlichen Beeinträchtigungen und Gewinne zum Ausdruck kommen, die sich aus einer spezifischen Person-Umwelt-Transaktion ergeben. Die Bedeutung wird im Prozess der kognitiven Einschätzung hergestellt, womit die Appraisals als zentrales Element der Theorie unterstrichen werden. Es gibt keine Emotion ohne Appraisal.

In Abbildung 5 ist eine graphische Zusammenfassung der Ressourcen-/Stressmodelle von Lazarus und Schwarzer dargestellt (aus Petzold 1998, 363)

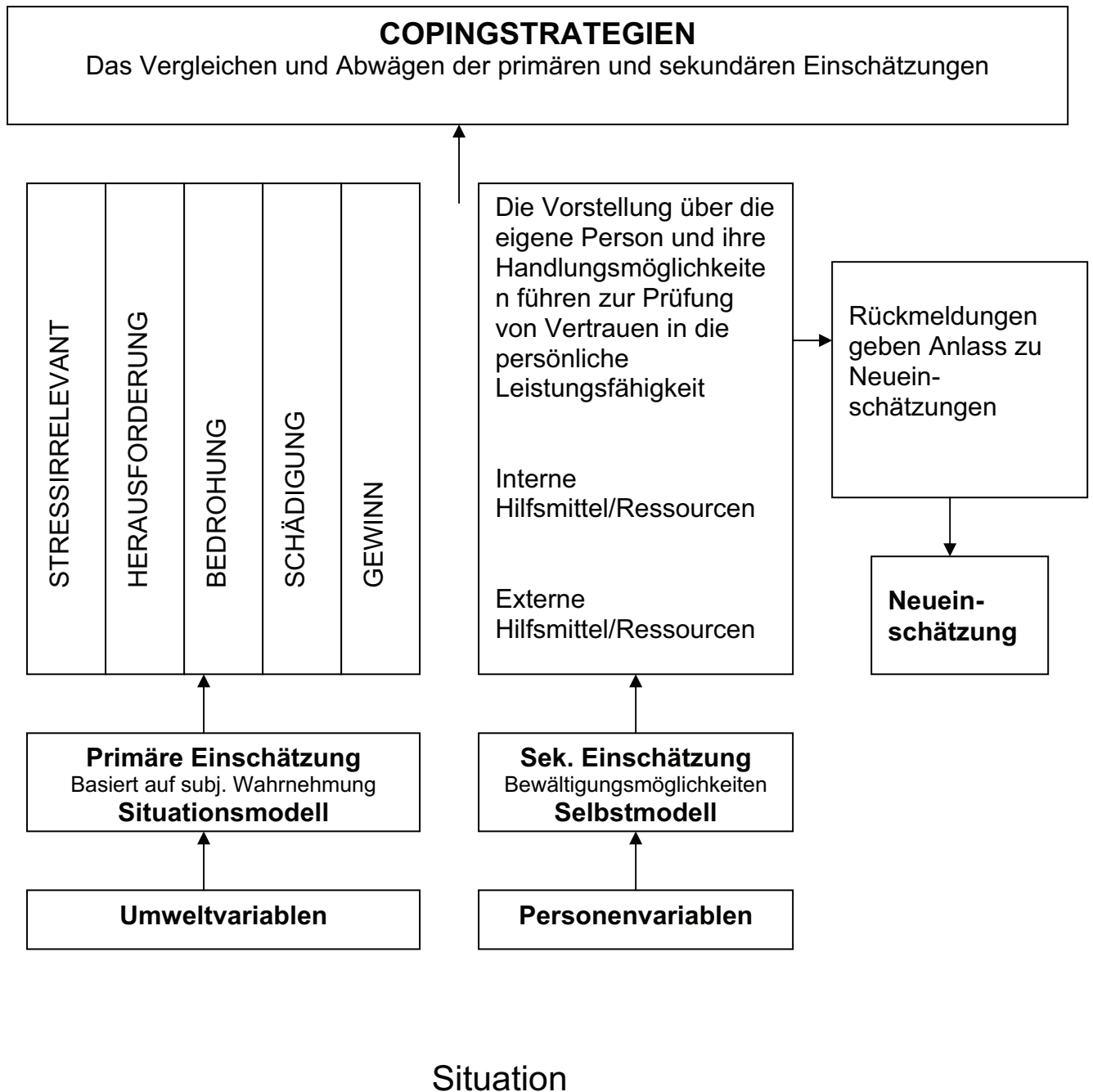


Abbildung 5: Zusammenfassung der Ressourcen-/Stressmodelle von Lazarus und Schwarzer (von Petzold 1998a, 363)

## 2.1. 9 Theorie von Hobfoll

Die Theorie der Ressourcenerhaltung von Hobfoll stellt eine moderne Alternative zu der von Lazarus dar (Schwarzer 1993, 19). Beide Theorien gehen davon aus, Stress, dessen Bewältigung und Handlungsmotivation erklären zu können. Die Theorie der Ressourcenerhaltung legt jedoch weniger Wert auf die Komponente "Einschätzung", sondern stellt vielmehr die Stressbewältigung und deren Beweggründe in den Mittelpunkt. Die grundlegende Aussage der Theorie der Ressourcenerhaltung ist, dass Menschen danach streben, zu erhalten, zu schützen und aufzubauen, was sie wertschätzen. Diese Dinge, die man wertschätzt oder solche, die helfen, verlorene Werte wiederzuerlangen, bezeichnet er als Ressourcen (vgl. Hobfoll & Lilly, 1993). Er definiert Ressourcen als „(a) those objects, personal characteristics, conditions, or energies that are valued by the individual or (b) the means for attainment of those objects, personal characteristics, conditions, or energies.“ (Hobfoll 1988, 26). Der Stressprozeß selbst wird durch die Bedrohung oder den aktuellen Verlust von Ressourcen initiiert. Per Definition ist psychologischer Stress, ein transaktionaler Prozeß zwischen Person und Umwelt, jedoch nach Hobfoll erst dann gegeben, wenn (a) der Verlust von Ressourcen droht, (b) Ressourcen verloren gegangen sind oder (c) Gewinne ausbleiben, weil andere Ressourcen fehlinvestiert wurden. Hobfoll postuliert weiterhin, dass Individuen versuchen, durch Zugewinn sozialer und persönlicher Ressourcen, ihre Bewältigungskapazitäten zu maximieren und den psychologischen Stress zu dezimieren (z.B. Freedy und Hobfoll, 1994). Der Mensch nutzt die gewonnenen Ressourcen als entsprechendes Werkzeug, um im täglichen Kampf gegen bedeutende, akute und chronische Stressoren oder auch „daily challenges“, bestehen zu können. Um diese Werkzeuge einsetzen zu können, muß das Individuum die Ressourcen selbst besitzen oder Zugang zu ihnen haben (Hobfoll & Lilly, 1993). Im Rahmen seiner Theorie formuliert er weitere Prinzipien, die er in seiner aktuellen Monographie „Stress, Culture, and Community“ (1998) eindrucksvoll einer Prüfung unterzieht. In Studien zur „Community-Psychology“ zeigt Hobfoll, dass der Verlust von Ressourcen ein stärkerer Prädiktor für Stress ist, als Ressourcengewinne. Aus diesem Grund empfiehlt er, dass Interventionsmaßnahmen zunächst darauf bedacht sein sollten, Ressourcenverlust zu vermeiden (Hobfoll & Jackson, 1991; Hobfoll & Lilly, 1993). Hobfoll (1998) geht weiterhin davon aus, dass Individuen mit einem großen Ressourcenpool weniger verletzlich gegenüber Verlusten sind als Individuen mit einem kleinen Ressourcenpool. Verfügt ein Individuum über einen vergleichsweise kleinen Ressourcenpool, so fallen Entscheidungen, diese Ressourcen einzusetzen und somit zu riskieren, zumeist negativ aus. Für den Fall, dass es dem Individuum gelingt, aus dieser Verlustspirale zu entkommen, sind auch die sich entwickelnden Gewinnspiralen anfänglich sehr labil. Individuen mit einem kleinen Ressourcenpool seien nicht nur verletzlicher und anfälliger gegenüber Verlusten, sondern bei ihnen führen anfängliche Verluste auch zu weiteren Verlusten in der Zukunft. Aus diesen anfänglichen Verlusten ergeben sich also weitere Nachteile im Bewältigungsverhalten. Gelangt das Individuum in einen solchen Zyklus, in dem jeder Verlust das System weiterhin anfälliger macht, wird es immer unfähiger, den anstehenden Stresszustand zu bewältigen. Dieser theoretische Zugang erweist sich als fruchtbar, um speziell im Bereich der Therapieinterventionsforschung zu arbeiten. Behinderte und chronisch Kranke sind i.d.R. immer mit Ressourcenverlusten in vielen verschiedenen Bereichen, jedoch besonders in den Schlüssel-Ressourcen Gesundheit oder auch Soziale Unterstützung, bedroht. So kann eine chronische Erkrankung oder eine plötzliche Behinderung z.B. zum Verlust des Arbeitsplatzes führen, was wiederum Verluste in

anderen Bereichen nach sich ziehen kann (z.B. finanzielle Einbußen, Statusverlust, Verlust von sozialen Kontakten über den Arbeitsplatz (Selbstwertverlust). Schwere Erkrankungen oder auch Verletzungen, die zu einer dauerhaften Behinderung führen, greifen mitunter die grundsätzlichen Werte von Menschen an, sie treten unerwartet auf und erheben einen außergewöhnlich hohen Anspruch an den Patienten. Im schlechtesten Fall verfügt der Betroffene nur über einen relativ kleinen Ressourcenpool, d.h. es sind nicht einmal genügend andere Ressourcen vorhanden, um diesen Verlust abzupuffern. Somit wäre eine Therapie im Sinne der Ressourcenerhaltungstheorie dann erfolgreich, wenn über die Optimierung bestimmter Ressourcenbereiche weiterer Ressourcenverlust verhindert oder die Verlustspirale durchbrochen werden kann. Das heißt es müssen neue Ressourcen aufgebaut werden, so dass im optimalen Falle eine umgekehrte Entwicklung (Positivspiralenprinzip) in Gang gesetzt wird.

Petzold (1998a, 361) sieht in dem Modell von Hobfoll eine interessante Betrachtungsweise und Erklärungsansätze für Beratungs- und Supervisionsarbeit und eine gute Ergänzung des kognitiv-transaktionalen Modells von Lazarus. Es betont die Handlungsmöglichkeiten und die Eigenverantwortlichkeit der Person. Hobfoll vertritt eine dynamische Betrachtungsweise, die keiner prästabilisierten Harmonie verpflichtet ist.

### **2.1.10 Lennart Levi**

Lennart Levi beschreibt in einem Artikel in der Project Syndicate (3/2003) Stress folgendermaßen:

„Stress ist ein Zusammenspiel von Prozessen, die den menschlichen Organismus auf körperliche Aktivität als Reaktion auf Forderungen und Einflüsse von außen vorbereiten, die seine Anpassungsfähigkeit beanspruchen. Die Aktivierung unseres Flucht- bzw. Kampfinstinkts ist eine angemessene Reaktion, wenn wir vor einem Wolfsrudel stehen, aber nicht, wenn wir uns in der Arbeitswelt behaupten müssen, wo es um die Anpassung an rotierenden Schichtbetrieb, monotone und fragmentierte Aufgaben oder über-anspruchsvolle Kunden geht. Hält er an, kann Stress oft nicht abgebaut werden und ruft letztendlich Krankheiten hervor.

Wege zu Pathologien aufgrund von Stress nehmen viele Formen an. Sie können emotional sein (Angstzustände, Depression, Hypochondrie und Entfremdung), kognitiv (Konzentrations- oder Gedächtnisverlust, Unfähigkeit, Neues zu lernen, kreativ zu sein, Entscheidungen zu treffen), behavioristisch (Drogen-, Alkohol- und Tabakmissbrauch, Weigerung, sich behandeln zu lassen oder sich in Behandlung zu begeben) oder psychologisch (neuroendokrine und immunologische Funktionsstörungen)“.

Sein theoretisches Modell (Levi in Nitsch 1981; 190 f) basiert auf dem Gedanken, dass Stress zu Krankheit führen kann. Dafür sind einige Reize notwendig, die relevant für die Entwicklung dieser psychosozial vermittelten Krankheit sind. In Abbildung 6 ist sein Modell dargestellt worden.

1. psychosoziale Reize
  2. psychosoziales Programm
1. und 2. bestimmen gemeinsam die psychischen und physiologischen Reaktionen eines Individuums. Das heißt:
3. die Mechanismen (z.B. Stress)

Unter bestimmten Umständen können diese zu Krankheitsvorstadien (4) und zu Krankheit (5) selbst führen. Die Wirkungskette kann dabei durch interagierende Variablen (6) begünstigt oder gehemmt werden. Insgesamt bildet diese Sequenz ein kybernetisches System mit kontinuierlichem Feedback.

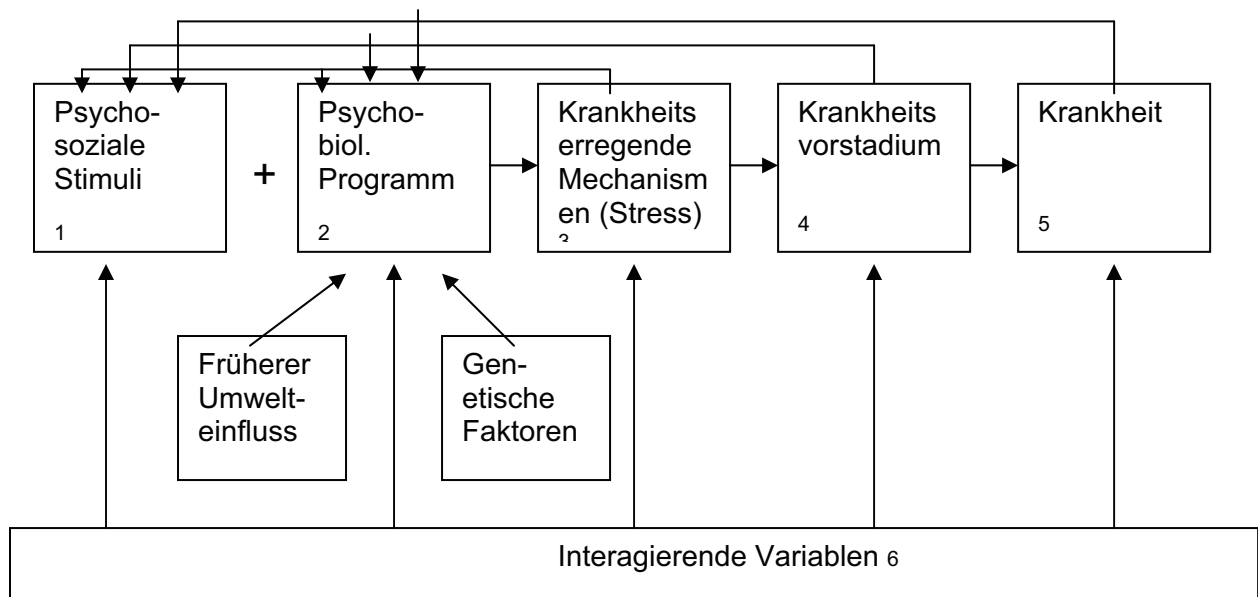


Abbildung 6: wie Stress zu Krankheit führen kann. (Levi in Nitsch 1981; 190)

Levis experimentelle Forschung basiert auf diesem Modell

Die physiologischen Stressindikatoren, die Levi im Rahmen seiner Forschung festgestellt hat, sind u.a.:

EEG (Elektroencephalogramm) -Desynchronisation, Herzfrequenz-Erhöhung, Erhöhung des systolischen Blutdruck, erhöhte periphere Durchblutung, erhöhte Muskeldurchblutung, Konzentrationsanstieg von Noradrenalin, Adrenalin, Lipiden und Kortikoiden. Bei permanenten Stress soll eine ständige sympathische Dominanz zu Herzerkrankungen führen. Bei Lärmstress kommt es hingegen zu einer verzögerten Adrenalinausschüttung.

## 2.2 Stressoren

Stressreaktionen werden durch Stressoren (= belastende Reize) ausgelöst, die man in unterschiedlicher Weise klassifizieren kann.

Eine mögliche Einteilung ist in

- Chemische Stressoren, wie z.B. Drogen oder Chemikalien,
- Körperliche Stressoren, wie z. B. Hitze, Kälte, Lärm, Hunger, Infektionen und Verletzungen,
- Seelische Stressoren, wie z.B. Versagensängste, Zeitdruck, Leistungsüberforderung- bzw. Unterforderung und Prüfungssituationen,
- Soziale Stressoren wie Konflikte, Meinungsverschiedenheiten, Verlust von Angehörigen und Ablehnung durch andere Menschen, Isolation, Gruppendruck, Rivalität und Intrigen

Aus Sicht der Psychologie sind vor allem seelische und soziale Stressoren interessant, wie sie etwa im Arbeitsbereich auftreten können:

- Organisationsbedingte Stressoren, wie z.B. bürokratische Strukturen, steile Hierarchien, unklare Kompetenzen
- Rollenbedingte Stressoren, wie z.B. durch Rollenambiguität oder Rollenkonflikte
- Personenbedingte Stressoren, wie z.B. durch Übermotivierung, Unsicherheit, Ängste, mangelnder Bezug zur Arbeit, Konflikte zwischen Familie und Karriere
- Stressoren in der Arbeitsaufgabe. Sowohl Unterforderung als auch Überforderung in Quantität oder Qualität (Mohr & Udris in Schwarzer 1997)

Generell haben sich infolge des technischen Wandels die Belastungsschwerpunkte verlagert, d.h. körperliche Belastungen durch manuelle Maschinenbedienung nehmen tendenziell ab, während psychisch-geistige Belastungen steigen. Belastungen entstehen überall dort, wo monotone und einseitige Beanspruchungen auftreten, also etwa bei Berufsgruppen, die ständig wiederkehrende Abläufe zu bewältigen haben (Fließbandtätigkeiten, Bedienung von Tastaturen) oder deren Sinne einseitig belastet werden (Beobachtung von Bildschirmen, Arbeit in Lärmsituationen) oder bei denen der Biorhythmus durcheinander gerät (z.B. bei Schichtarbeit).

### 2.3 Die Messung von Stress

Es gibt verschiedene Methoden Stress zu messen, abhängig von der jeweiligen Referenztheorie (beschrieben in Schwarzer 1993, 22f).

- PPS "Perceived Stress Scale". Ähnlich wie ein Persönlichkeitsfragebogen beschreibt sie in 14 Aussagen verschiedene Arten, sich gestresst oder den Anforderungen nicht gewachsen zu fühlen. Obwohl dies sicher eine der brauchbarsten Skalen ist, bleibt sie eher theorieelos und undifferenziert.
- SRRS "Social Readjustment Rating Scale". Die Registrierung von Schicksalschlägen, Lebenskrisen, kritischen Lebensereignissen. Es werden 43 kritische Lebensereignisse aufgelistet wie: Tod des Ehepartners, Ehescheidung, Änderung der Essgewohnheiten, Schwangerschaft, Urlaub, Weihnachten, Eheschließung.
- LES "Life Experiences Survey". Hier werden 14 Lebensereignisse erfragt.
- Daily-Hassles und Daily-Uplifts-Skalen von Lazarus & Folkman. Die Hassles-Skala ergibt Werte sowohl für die Häufigkeit "Alltagsbelastungen" als auch für deren subjektiv perzeptiven Schweregrad. Zusätzlich betonen die Autoren die kompensierende Wirkung von positiven Alltagsereignissen, den „Uplifts“.
- Cold-Pressure-Test: für eine Minute die Hand in null Grad kaltes Wasser eintauchen als Stressprovokator.
- Lärm und Aufgabenstellung: unter Kontrolle der Katecholamine (Noradrenalin, Adrenalin, Serotonin) im Urin, Messung von freien Fettsäuren und Cortisol im Blut als Stressindikatoren.
- Erhebung auf der physiologischen Ebene: Merkmale des ZNS (zentrales Nervensystem) über EEG (Elektroencephalogramm), VNS (vegetatives Nervensystem) über Sympathikusaktivität, endokrines System (Drüsen) über Hormonausschüttung.

Es ist sinnvoll mehrere physiologische Indikatoren zu erheben, damit gesichert werden kann, dass Individuen ihre maximale Stressreaktion in diesem Bereich zeigen.



Grundsätzlich gilt, dass die psychologische und physiologische Ebene nur gering miteinander korrelieren (Niemitz 2002).

### 3. Burnout

Nach Darlegung diverser Theorien und praktisch-physiologischer Ansätze, die das Phänomen "Stress" zu erklären versuchten, soll nun im vorliegenden Abschnitt dieser Arbeit, darauf aufbauend und beziehend, das Thema "Burnout" näher beleuchtet werden.

#### 3.1 Definitionen und Beschreibung

Sowohl in der Burnout-Literatur als auch in der Burnout-Forschung gibt es unzählige Versuche, diesen Begriff zu definieren. Im nächsten Abschnitt sind die Sichtweisen von Petzold und Burisch / Rösing beschrieben.

##### *Petzold*

Petzold (1990, 834) gab eine allgemeine Definition von Burnout, die sich wie folgt liest:

"Burnout ist ein komplexes Syndrom, das durch multifaktorielle, 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 ist. Sofern nicht durch die 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 zu 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 bis hin zu Vernachlässigung und Misshandlung"

Petzold (1996) führt weiter aus, dass der ganze Mensch "als personales System" betroffen werde, wenn durch Dauerbelastung bzw. Überbelastung, für die keine Abhilfe durch die Mobilisierung von Ressourcen, Support und protektive Faktoren geschaffen werden kann, Burnout-Phänomene eintreten. Die Überforderungssituationen gewinnen den Charakter einer "Chain of adverse events", deren pathogene Valenz außer Frage steht. Stress-Spitzen werden als "Critical life events" erlebt.

Petzold erweitert das dreistufige Burnout-Modell von Cherniss, der Burnout sieht "als einen Prozeß, in welchem ein ursprünglich engagierter Professioneller sich als Reaktion auf in der Arbeit erfahrenen Stress und Stress-Reaktion ("Stress and pain") von seiner Arbeit zurückzieht", womit "Veränderungen in Einstellungen zur Arbeit und zu Klienten gleichermaßen wie gelegentlich auftretende Gefühle von Erschöpfung und Anspannung" verbunden sind. Derartige negative Bewältigungsstrategien ("Defensive coping") können sich bis zu hochpathologischen Formen des Burnouts steigern. Petzold fügt eine vierte Stufe hinzu: die maligne Entgleisung.

Stresssituationen in der Arbeit, Überforderung bei vorhandener Vulnerabilität, zu geringe Ressourcen (an seelischer Tragfähigkeit, physischer Belastbarkeit, sozialer Entlastung, professioneller Kompetenz) führen zu Überlastungsreaktionen ("Strain"; Angespanntheit, Ermüdung, Reizbarkeit, Übellaunigkeit, psychosomatische Symptome). Geschieht keine Entlastung, kommt es zu negativen Coping-Strategien. Je schlechter die Mitarbeiter ausgebildet, d.h. auch für ihre Tätigkeit ausgerüstet sind, desto anfälliger sind sie für Burnout-Reaktionen. Sie fühlen sich ständig inkompetent. Sie haben zwar die Motivation zu helfen, aber sie fühlen sich von ihrer

fachlichen Vorbildung her überfordert. Probleme, bei denen sie nicht Bescheid wissen, werden dann einfach zu Lasten der Patienten ausgeblendet. Aber auch gut ausgebildete Kräfte geraten in Schwierigkeiten, wenn die Institution ihnen keine Möglichkeiten gibt, ihr Wissen und Können zu gebrauchen oder wenn sie gar daran gehindert werden, das zu tun, was eigentlich für die Patienten notwendig wäre. Resignation, Stellenwechsel ist die Folge, denn sonst verliert man seinen Idealismus und jedes Gefühl von Kompetenz, was in dem Burnout führen kann. Es kommt ein Gefühl der Sinnlosigkeit auf, das sich auf alle Lebensbereiche generalisieren kann. Burnout kann sich nur auf den Arbeitsbereich erstrecken, solange man diesen vom übrigen Lebenskontext abspalten kann. Da aber "Arbeit und Leistung" eine wichtige Säule der Identität ist und für die Lebenszufriedenheit und damit letztlich für die körperliche, seelische und geistige Gesundheit Bedeutung hat, ist eine solche Ausblendung keineswegs positiv zu sehen. Die Arbeit, die sinnstiftend sein soll, wird so möglicherweise zur Plage, degeneriert zum Job, und die "Job frustration" wirkt sich dann früher oder später auf die Gesamtbefindlichkeit aus.

Burnout zeigt sich in allen Lebensbereichen als ein geistiger, emotionaler und körperlicher Zustand, der sich selbst in einer Anordnung von Symptomen manifestiert. Er kann durch jeden berufsbedingten Stress hervorgerufen werden, der körperlich, geistig oder emotional ermüdend ist, besonders durch solchen arbeitsbezogenen Druck, der einem den Sinn der Arbeit raubt.

Die verschiedenen Dimensionen des Burnout-Geschehens:

Bei negativen gesellschaftlichen Voraussetzungen, die den Arbeitsbereich vernachlässigen und den Mitarbeitern dieses Bereiches weder ausreichende materielle (Lohn) noch soziale (Status) Anerkennung zukommen lassen, entstehen unzureichende institutionelle Rahmenbedingungen, z.B. durch mangelhaft ausgestattete Institutionen, die wenig an Ressourcen und Entlastungsmöglichkeiten bereitstellen, sondern vielmehr über hierarchische Machtstrukturen zusätzlich belasten und durch rigide Reglementierungen und ein hohes Maß an Kontrolle die desolate Situation "im Griff" zu behalten versuchen, wobei Kollegialität und Teamgeist nicht entstehen können oder verhindert werden. Für eine solche Institution ist eine Kompetenzförderung der Mitarbeiter gefährlich ("sie könnten sich ja zur Wehr setzen"). Sie ist deshalb bestrebt - nicht nur aufgrund des Prinzips der Kostenoptimierung - mit einem möglichst geringqualifizierten Mitarbeiterschaft auszukommen, wenig Fachpersonal einzustellen und Weiterbildung und Supervision nicht zu fördern.

Die Gesellschaft und ihre Institutionen stellen nun normative Anforderungen in qualitativer und funktionale Anforderungen in quantitativer Hinsicht. Diesen Anforderungen steht meist zu wenig an institutionellen Ressourcen (Personal, Anleitung, Material, funktionale Baulichkeit) gegenüber, und auch die privaten Ressourcen von Seiten des Individuums sind zu gering. Es fehlt ihm an persönlichen Fähigkeiten, d.h. an personaler Kompetenz (z.B. Lebenserfahrung, Belastungsfähigkeit, Ich-Stärke), es mangelt ihm an Fertigkeiten, d.h. an Performanz (z.B. physischer Kraft und Geschicklichkeit). Es fehlen berufliche Fähigkeiten, d.h. professionelle Performanz.

Gleichzeitig ist aber auch ein hoher persönlicher Anspruch zur Aufgabenerfüllung, eine Motivation zu helfen, gute Arbeit zu machen, menschlich integer zu sein, vorhanden. Die zu hohen Anforderungen und die zu knappe Ressourcenlage verhindern nun, daß die von der Gesellschaft, der Institution, den Patienten/Klienten und ihren Angehörigen und vom persönlichen Ethos des Mitarbeiters gestellten Aufgaben erfüllt werden können. Die Mitarbeiter kommen mit dem Aufgabenvolumen,

d.h. der Quantität der zu leistenden Tätigkeiten und der Aufgabenqualität, also der Differenziertheit der Ansprüche, die an sie gestellt werden und über die sie keine Kontrolle haben, nicht mehr zurecht. Sie geben auf, werden depressiv, beschränken sich auf Primitiv- und Minimallösungen, und so entsteht erlernte Hilflosigkeit, die auch Bewältigungsversuche bei neu auftretenden Problemen beeinträchtigt. All diese Faktoren verhindern Erfolgserlebnisse in der Arbeit, mindern das Kompetenz- und insgesamt das Selbstwertgefühl, und so kommt es zum Überforderungserlebnis. Dieses kann einen spezifischen Verlauf nehmen, der sich grob in eine Agitations-, Regressions- und Restitutionsphase gliedern läßt und von vielfältigen Stressreaktionen begleitet ist: psychosomatische Störungen, Depressionen, Gereiztheit usw.

Das Überforderungsgeschehen führt in seinem Verlauf zu Bewältigungsversuchen (coping), für das verschiedene Strategien (evasive, aggressive, distanzierende usw.) eingesetzt werden können. Die Mobilisierung von institutionellen (Personalaufstockung, Supervision) und persönlichen (Kollegen, Freunde) Ressourcen kann durch Entlastung zu positiven Problemlösungen führen oder - wenn sie misslingt - in dem Burnout oder unmittelbar bzw. bei Chronifizierung der Burnout-Situation in eine maligne Entgleisung, d.h. Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung.

Gelingt es, die Überforderungssituation, die das Individuum oder auch ein ganzes Team in die Krise geführt hat, zu meistern, die damit verbundenen Probleme konstruktiv zu lösen, kommt es zu einem Kompetenzgewinn.

Scheitern die Bewältigungsversuche und kommt es zu einer Chronifizierung der Situation, tritt ein gravierender Kompetenzverlust ein, und es kann auch bei einer Verbesserung der Situation der ursprüngliche Kompetenzgrad nicht mehr erreicht werden, eben weil die Persönlichkeit des Mitarbeiters durch derartigen Dauerstress verändert wird. Er wird "professionell deformiert". In der Burnout-Forschung wird der Faktor der Depersonalisierung, der Persönlichkeitsveränderung, besonders hervorgehoben. Ständige Überlastung und Demoralisierung haben eben Folgen, die zur Abstumpfung, zur Verrohung, Dehumanisierung und Selbstentfremdung führen und persönliches Wachstum behindern - für Patienten/Klienten und Mitarbeiter gleichermaßen. Denn wo Situationen bei Mitarbeitern zum Burnout führen, werden Patienten/Klienten geschädigt, in die Angst, die Depression, die Apathie, den vorzeitigen Tod getrieben.

Der Verlauf des Überforderungserlebnisses:

In einem von der Überforderungsforschung empirisch abgesicherten Phasenmodell (Mierke 1955) folgt auf das Erlebnis physischer, psychischer, sozialer und moralischer Überforderung zunächst eine

- *Agitationsphase* (1) (Ich muß das unter allen Umständen schaffen!),
- dann eine *Regressionsphase* (2) (Es ist nicht zu schaffen; ich kann nicht mehr!),
- weiter eine *Restitutionsphase* (3) (durch äußere Hilfen oder Umstellung und besseren Einsatz der eigenen Ressourcen komme ich wieder hoch).

Durch das Überforderungsgeschehen kann der organische Rhythmus von Anspannung und Entspannung, in dem menschliches Leben verläuft, sich nicht vollziehen. Die Agitationsphase schafft eine hyperaktive Dauerspannung, die Erholung und Entspannung verhindert. Kann diese Überspannung nicht mehr gehalten werden und kommt es zu einem regressiven Absturz, so kann keine gute Spannung (Eustress) mehr aufgebaut werden, und es kommt, wenn keine Entlastung

und Unterstützung erfolgt, zur Fixierung. Der Betroffene sucht Halt im Begrenzten, in einfachen Strukturen, und arbeitet unter seinen Möglichkeiten.

Dieses Modell ähnelt dem Phasenverlauf bei Krisen:

Eine Noxe überbeansprucht beim Mitarbeiter die gewohnten Problemlösungs- und Bewältigungsstrategien. Es kommt zu einer Labilisierung, die seine Persönlichkeit erschüttert. Er kommt in Turbulenzen, greift zu Notreaktionen. Erhält er rechtzeitig Hilfe, "kommt er über den Berg" oder "kann sich fangen", stabilisieren, eine Neuorientierung finden. Erhält er keine Unterstützung oder gar noch weiteren Stress, "dreht er durch" (überschießende Dekompensation) oder er "bricht zusammen", "stürzt ab" (regressive Dekompensation). Beide Dekompensationsformen können schlimme Formen annehmen: zum einen Depression, psychosomatische Erkrankung, Bilanzsuizid, Betäubungsalkoholismus, Missbrauch zentralberuhigender Drogen; zum anderen Aggressivität, Gewalttätigkeit, Misshandlung, Mord, Missbrauch zentralstimulierender Drogen. Solche hochpathologischen Entgleisungen bei (zumeist vorgeschädigten) Einzelpersonen und in Teams mit einer malignen Dynamik sind zwar selten, aber sie kommen immer wieder vor.

Die hier vorgestellten Phasenmodelle haben nur einen heuristischen Wert. Sie zeigen einen Verlauf in seiner Tendenz auf, der jedoch von vielen Faktoren abhängig ist und deshalb variieren kann. Die Persönlichkeit unterschiedlicher Menschen (Ich-starke-, Ich-schwache Personen) mit ihrem sehr verschiedenen Bewältigungs- und Abwehrverhalten, die unterschiedlichen Berufskompetenzen, Teamkonstellationen, privaten Verhältnisse, die oft sehr spezifischen Belastungskonstellationen am Arbeitsplatz kann zu sehr variierenden Verläufen (trajectories, viations) führen. Deshalb ist es notwendig, jede Situation ganz spezifisch zu untersuchen. Phasenmodelle können dabei helfen, die tatsächlichen, höchst individualisierten Verläufe in der jeweiligen Situation herauszufinden, z.B. mit Hilfe eines feldkompetenten, ausgebildeten Supervisors, der in der Lage ist, mehrperspektivisch zu arbeiten. (Siehe Petzold 1993g)

### *Burisch / Rösing*

Burisch (1994, 11) sieht ein Hindernis für eine fundierte Erforschung des Burnout-Syndroms in einem Fehlen einer handhabbaren oder gar operationalen Definition. Um doch ein Umgang mit dem Begriff zu ermöglichen, schlägt Paine (in Burisch 1994, 11) vor, fünf Bedeutungen zu unterscheiden:

1. Das Burnout-Stressyndrom als emotional-konatives Symptomcluster
2. Burnout als mentale Störung - der Endzustand eines Burnout-Prozesses
3. Burnout als Prozess mit regelhaften Phasen
4. Burnout-Faktoren, d.h. alles, was zu Burnout beiträgt
5. Burnout als Folgewirkung auf die Organisationsebene.

Nach Rösing (2003, 19) gibt es Burnout in vielen Bereichen. In der Forschung ist Burnout aber meistens untersucht worden in bezug auf das Berufsleben. Eine wissenschaftliche Definition hat Rösing nach intensiver Forschung der Burnoutforschung zusammengesetzt. Hinsichtlich des Berufes sieht Rösing (2003, 20) Burnout dabei wie folgt: „Burnout ist ein Zustand emotionaler Erschöpfung am Beruf. Er geht einher mit negativen Einstellungen zum Beruf, zu den Inhalten oder den Mitteln des Berufes (Zynismus) oder zu den Partnern oder Klienten im Beruf (Depersonalisation). Hinzu kommt ein erheblich reduziertes Selbstwertgefühl in bezug auf die eigene berufsbezogene Leistungsfähigkeit. Burnout ist ein sich langsam entwickeltes Belastungssyndrom, das nicht selten wegen der kreisförmigen, gegenseitigen Verstärkung der einzelnen Komponenten (emotionale Erschöpfung

führt zu geringerem Selbstwertgefühl, welches nur zu noch mehr emotionaler Erschöpfung führt usw.) zur Chronifizierung neigt.“ Die angeführte Definition liegt nahezu aller derzeitiger Burnoutforschung zugrunde.

### 3.2 Burnout-Symptomatik

Burisch (1994, 16 f) hat eine Vielzahl von Studien als Grundlage genommen, um daraus die Symptome zu beschreiben. Er stellt sieben Kategorien fest:

1. Warnsymptome der Anfangsphase
2. Reduziertes Engagement
3. Emotionale Reaktionen, Schuldzuweisung
4. Abbau
5. Verflachung
6. Psychosomatische Reaktionen
7. Verzweiflung

#### 1. *Warnsymptome der Anfangsphase*

##### a) Vermehrtes Engagement für Ziele

- Hyperaktivität
- Freiwillige unbezahlte Mehrarbeit
- Gefühl der Unentbehrlichkeit
- Gefühl, nie Zeit zu haben
- Verleugnung eigener Bedürfnisse
- Verdrängung von Misserfolgen und Enttäuschungen
- Beschränkung sozialer Kontakte auf Klienten

##### b) Erschöpfung

- Chronische Müdigkeit
- Energiemangel
- Unausgeschlafenheit
- Erhöhte Unfallgefahr

#### 2. *Reduziertes Engagement*

##### a) für Klienten und Patienten

- Desillusionierung
- Verlust positiver Gefühle gegenüber Klienten
- Größere Distanz zu Klienten
- Meiden von Kontakt mit Klienten und /oder Kollegen
- Aufmerksamkeitsstörungen in der Interaktion mit Klienten
- Verschiebung des Schwergewichts von Hilfe zu Beaufsichtigung
- Schuldzuweisung für Probleme an Klienten
- Höhere Akzeptanz von Kontrollmittel wie Strafen oder Tranquilizern
- Stereotypisierung von Klienten, Kunden, Schülern etc.
- Betonung von Fachjargon
- Dehumanisierung

##### b) für andere allgemein

- Unfähigkeit zu geben
- Kälte
- Verlust an Empathie

- Unfähigkeit zur Transposition
- Verständnislosigkeit
- Schwierigkeiten anderen zuzuhören
- Zynismus

c) Für die Arbeit

- Desillusionierung
- Negative Einstellung zur Arbeit
- Widerwillen und Überdruß
- Widerstand, täglich zur Arbeit zu gehen
- Ständiges Auf-die-Uhr-sehen
- Fluchtphantasien
- Tagträumen
- Überziehen von Arbeitspausen
- Verspäteter Arbeitsbeginn
- Vorverlegter Arbeitsschluß
- Fehlzeiten
- Verlegung des Schwergewichts auf die Freizeit, Aufblühen am Wochenende
- Höheres Gewicht materieller Bedingungen für die Arbeitszufriedenheit

d) Erhöhte Ansprüche

- Verlust von Idealismus
- Konzentration auf die eigenen Ansprüche
- Gefühl mangelnder Anerkennung
- Gefühl, ausgebeutet zu werden
- Eifersucht
- Partnerprobleme
- Konflikte mit den eigenen Kindern

3. *Emotionale Reaktionen; Schuldzuweisung*

a) Depression

- Schuldgefühle
- Reduzierte Selbstachtung
- Insuffizienzgefühle
- Gedankenverlorenheit
- Selbstmitleid
- Humorlosigkeit
- Unbestimmte Angst und Nervosität
- Abrupte Stimmungsschwankungen
- Verringerte emotionale Belastbarkeit
- Bitterkeit
- Abstumpfung, Gefühl von Abgestorbensein und Leere
- Schwächegefühl
- Neigung zum Weinen
- Ruhelosigkeit
- Gefühl des Festgefahreenseins
- Hilflosigkeits-, Ohnmachtsgefühle
- Pessimismus, Fatalismus
- Apathie
- Selbstmordgedanken

b) Aggression

- Schuldzuweisung an andere oder „das System“
- Vorwürfe an andere
- Verleugnung der Eigenbeteiligung
- Ungeduld
- Launenhaftigkeit
- Intoleranz
- Kompromissunfähigkeit
- Nörgeleien
- Negativismus
- Reizbarkeit
- Ärger und Ressentiments
- Defensive/paranoide Einstellungen
- Misstrauen
- Häufige Konflikte mit anderen

#### 4. Abbau

- a) der kognitiven Leistungsfähigkeit
  - Konzentrations- und Gedächtnisschwäche
  - Unfähigkeit zu komplexen Aufgaben
  - Ungenauigkeit
  - Desorganisation
  - Entscheidungsunfähigkeit
  - Unfähigkeit zu klaren Anweisungen
- b) der Motivation
  - Verringerte Initiative
  - Verringerte Produktivität
  - Dienst nach Vorschrift
- c) der Kreativität
  - Verringerte Phantasie
  - Verringerte Flexibilität
- d) Entdifferenzierung
  - Rigides Schwarz-Weiß-Denken
  - Widerstand gegen Veränderungen aller Art

#### 5. Verflachung

- a) des emotionalen Lebens
  - Verflachung gefühlsmäßiger Reaktionen
  - Gleichgültigkeit
- b) des sozialen Lebens
  - Weniger persönliche Anteilnahme an anderen oder exzessive Bindung an einzelne
  - Meiden informeller Kontakte
  - Suche nach interessanteren Kontakten
  - Meidung von Gesprächen über die Arbeit
  - Eigenbrötelei
  - Mit sich selbst beschäftigt sein
  - Einsamkeit
- c) des geistigen Lebens
  - Aufgeben von Hobbys



- Desinteresse
- Langeweile

#### 6. *Psychosomatische Reaktionen*

- Schwächung der Immunreaktion
- Unfähigkeit zur Entspannung in der Freizeit
- Schlafstörungen
- Alpträume
- Sexuelle Probleme
- Gerötetes Gesicht
- Herzklopfen
- Engegefühl in der Brust
- Atembeschwerden
- Beschleunigter Puls
- Erhöhter Blutdruck
- Muskelverspannungen
- Rückenschmerzen
- Kopfschmerzen
- Nervöse Tics
- Verdauungsstörungen
- Übelkeit
- Magen-Darm-Geschwüre
- Gewichtsveränderungen
- Veränderte Essgewohnheiten
- erhöhter Konsum von Alkohol / Kaffee / Tabak / andere Drogen

#### 7. *Verzweiflung*

- Negative Einstellung zum Leben
- Hoffnungslosigkeit
- Gefühl der Sinnlosigkeit
- Selbstmordabsichten
- Existentielle Verzweiflung

Dargestellt wurde somit ein großes Spektrum an Symptomen, Problemen, Störungen und Unbehaglichkeiten. Burisch verweist darauf, dass keines dieser Symptome Burnout-spezifisch ist, die meisten kommen insbesondere auch bei Depressionen vor (Rösing 2003, 63).

Trotzdem hat Burisch versucht, zentrale Kernelemente zu finden. Dies sind:

- Über- oder Unteraktivität
- Gefühle von Hilflosigkeit, Depression und Erschöpfung
- Innere Unruhe
- Reduziertes Selbstwertgefühl und Demoralisierung
- Sich verschlechternde oder bereits verschlechterte soziale Beziehungen
- Aktives Bemühen, eine Änderung dieses Zustandes herbeizuführen.

Auch Schaufeli & Enzmann (1998, 12-24) zählen über 130 Symptome, die in drei Ebenen gegliedert sind:

- Symptome auf der individuellen Ebene
- Symptome auf der interpersonellen Ebene
- Symptome auf der institutionellen Ebene.

Für jede dieser drei Ebenen werden fünf Symptombereiche unterschieden:

- Affektive Symptome
- Kognitive Symptome
- Physische Symptome
- Verhaltenssymptome
- Motivationssymptome

Sie kommen zu der Schlussfolgerung, dass es kaum noch ein Symptom gebe, das nicht aufgeführt sei, und dass ein so weites Konzept, welches praktisch alles einschließt, jegliche Bedeutung verliere.

Dennoch wurde folgende Definition entwickelt (in Rösing 2003, 65):

„Burnout ist eine anhaltend negative auf Arbeit bezogene, mentale Verfassung gesunder/normaler Menschen, die primär durch Erschöpfung gekennzeichnet ist und begleitet wird von erheblichen Leiden, einem Gefühl reduzierter Effektivität, nachlassender Motivation und der Entwicklung dysfunktionaler Einstellungen und Verhaltensweisen bei der Arbeit. Diese Psychologische Verfassung entwickelt sich langsam kann aber von dem betroffenen Menschen lange unbemerkt bleiben. Sie ergibt sich aus der Nichtübereinstimmung von Intentionen und der Realität des Jobs. Burnout ist oft selbst-perpetuierend, weil das Syndrom mit unangemessenen Bewältigungsstrategien einhergeht“.

Die 130 Einzelsymptome könne man auf ein Kernsymptom, nämlich Erschöpfung, und vier begleitende, allgemeine Symptome reduzieren:

- affektives, kognitives, physisches und verhaltenbezogenes Leiden ("Distress"),
- ein Gefühl reduzierter Effektivität,
- Abbau von Motivation sowie
- unangemessene Einstellungen und Verhaltensweisen am Arbeitsplatz.

Rösing (2003, 67/68) hat eine Definitionssammlung zusammengestellt, woraus zu erkennen ist, dass immer wieder die innere Erschöpfung, die Desillusionierung, die Negativierung der Arbeitseinstellung und der Verlust an Selbstvertrauen, an Mut, an Hoffnung im Mittelpunkt stehen.

### **3.3 Stress, Überforderung und Burnout aus der Sicht der Integrative Therapie/Supervision**

Petzold (1992a, 833) beschreibt, dass pathogene Stimulierung eine „Überforderung“ darstellt, wenn die Copingfähigkeiten und Ressourcen der Menschen überschritten werden.

Pathogene Stimulierung sind schädigende Stimulierungskonstellationen:

1. Traumata: Überstimulierung (zB körperliche Verletzung, abrupte Trennung)
2. Defizite: fehlende oder einseitige Stimulierung
3. Störungen: entstehen durch inkonstante oder uneindeutige Stimulierungen (zB double-binds)
4. Konflikte: gegenläufige, widerstreitende Stimulierungen

Eine Überforderung wird gleichgesetzt mit Stress, dis-stress oder strain.

Überforderung tritt ein, wenn Belastungssituationen und externale Ansprüche keine stützende Umwelt, unzureichende innere und äußere Ressourcen und keine adäquate Bewältigungsmöglichkeiten sowie keine ausreichende persönliche Stabilität gegenüberstehen, so dass die Wahrnehmungs- und Handlungs-

möglichkeiten des Individuums im Feld eingeschränkt oder blockiert und seine Fähigkeiten der Selbststeuerung beeinträchtigt oder gar außer Kraft gesetzt werden. (Petzold 1968a, 42 in Petzold 1992a, 834).

Diese Überforderungsdefinition bildet auch die Grundlage für die Burnoutdefinition. Dies als emotionale Überbelastungssituation mit pathogenen Wirkungen, nicht zuletzt der emotionalen Verrohung, wie beim „malignen“ Burnout.

Burnout ist ein:

"Komplexes Syndrom, das durch multifaktorielle, 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 ist. Sofern nicht durch die 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 zu 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 bis hin zu Vernachlässigung und Misshandlung" (Petzold 1992a, 834)

Petzold (1992,834) beschreibt, dass das erhöhte psychophysiologische Niveau emotionaler Erregung unter Überforderung bzw. Stress noch gesteigert wird, wenn Hilfe ausbleibt, Copingmöglichkeiten versagen, Ressourcen sich erschöpfen und durch beschneidende oder bedrohliche Situationen, die Überforderungsgefühle, die Stresseemotionen nicht ausgedrückt werden dürfen, sondern zurückgehalten werden müssen. Die Folgen sind Spannung und Stau, und wenn dieser „Damm“ nicht mehr hält, kommt es zum emotionalen Durchbruch und damit oft auch zum Zusammenbruch der Persönlichkeit, zB in Burnout-Reaktionen, weil die letzten Kontrollmöglichkeiten über die Situation verloren gehen. Es besteht dann die Gefahr, dass solche traumatischen Erfahrungen eine Störung der Orientierungs-, Kommunikations- und Selbstregulationsfunktion des emotionalen Systems zurücklassen und zu psychischen, psychosomatischen und sozialen Erkrankungen führen.

### **3.4 Burnoutmessung**

Zur Messung von Burnout wird in Deutschland meistens die deutsche Fassung von der Maslach Burnout Inventory (MBI-D) nach Büssing & Perrar (1992, 336/337) eingesetzt.

Rösing (2003, 71) beschreibt diesen Test folgendermaßen: Burnout wird einheitlich als ein multidimensionales Konzept gesehen, hier als ein Dreikomponentenmodell mit den Bereichen

1. Emotionale Erschöpfung
2. Negative unpersönliche Einstellung gegenüber Patienten/Klienten
3. Gefühl reduzierter Leistungsfähigkeit

Burnout mit diesen drei Komponenten wird nicht als „Zustand“ verstanden, sondern als ein chronischer Prozess der physischen, emotionalen und mentalen Erosion. Er schleicht sich ein - zunächst unbemerkt - und entwickelt sich zu einer Spirale nach unten: Mehr Erschöpfung führt zu zunehmend negativen Einstellungen Patienten und Arbeit gegenüber, und da man mit Erschöpfung und negativer Einstellung nicht besser arbeitet, wird die Arbeit schlechter, sackt das berufsbezogene

Selbstvertrauen ab, erhöht sich die emotionale Erschöpfung - und so geht der Kreislauf weiter.

Drei Varianten dieser Tests sind inzwischen entwickelt worden:

- MBI-HSS (Human Services Survey)
- MBI-ES (Educators Survey)
- MBI-GS (General Survey)

Unzählige Beiträge im Bereich der Burnout-Forschung befassen sich mit der weiteren Verfeinerung, der erweiterten Anwendung, der diskriminativen Validität, der transnationalen Validität, den korrigierten, ergänzten oder umgestellten Faktorenstrukturen usw. dieses Messinstruments. Die Forschung in der neueren Zeit wird immer feinkörniger, filigraner, komplizierter und damit auch anonymer. Rösing (2003, 75) stellt fest, dass die Grundhaltung der Forschung gekennzeichnet ist durch die Depersonalisation: Burnout wird zum Objekt. Hiermit fragt sie sich, wie der Titel ihres Buches, ob die Burnout-Forschung selbst nicht ausgebrannt ist! [Alternative: Sie stellt sich die Frage, so auch der Titel ihres Buches, ob die Burnout-Forschung selbst nicht ausgebrannt sei?]

### 3.5 Burnout und Depression

Burisch stellte fest, dass die Burnout-Symptomatik große Ähnlichkeiten mit den Symptomen der Depression hat (s.o).

Rösing (2003, 81) kommt in ihrer Forschung zu dem Schluss, dass die Abgrenzung des Burnouts von der Depression recht schwierig ist. Immer wieder finden Burnoutforscher hohe Korrelationen, insbesondere die Burnout-Komponente „emotionale Erschöpfung“ mit Depression. Aber nicht immer gleichermaßen in den anderen Burnout-Komponente (vgl. Rösing 2003, 81f)

Als Beispiel soll nun eine Studie angeführt werden. Birgit Reime, Irene Steiner (2001) haben sich darin die Frage gestellt: „Ausgebrannt oder depressiv?“. Dies stellt eine empirische Untersuchung zur Konstruktvalidität von Burnout in Abgrenzung zur Depression dar. Es folgt jetzt die Fragestellung und Diskussion dieser Studie.

#### Fragestellung

Obwohl mittlerweile tausende Studien zum Thema Burnout vorliegen, wurde seine Konstruktvalidität - insbesondere gegenüber der Depression - äußerst selten empirisch überprüft. Burnout gilt als ein Syndrom von emotionaler Erschöpfung, Depersonalisation und subjektiver Leistungsverringerung, das vor allem in helfenden Berufen beobachtet wurde. Emotionale Erschöpfung (EE) wird als Gefühl der Überbeanspruchung und des Ausgelaugtseins beschrieben. Depersonalisation (DP) bezieht sich auf die desinteressierte und abgestumpfte Haltung gegenüber Klienten. Subjektive Leistungsverringerung (SL) umschreibt das Gefühl, bei der Arbeit zu versagen.

Die Gemeinsamkeiten zwischen Burnout und einer Depression bzw. „dysthymen Störung“ bestehen in „... *Interessens-, Motivationsverlust und Apathie, Rückzug, negativem Selbstwertgefühl und dem Gefühl mangelnder Kompetenz*“ Die Differenzen betreffen, z.B. die Intensität der Symptome. Unter einer Depression sollen die Betroffenen stärker leiden als unter Burnout, so dass erstere sich mehr auf den Alltag und das gesundheitliche Wohlbefinden auswirken soll. Burnout soll sich im Gegensatz zur Depression vorwiegend im Berufsleben manifestieren und mit Arbeitsbelastungen, wie z.B. hoher Fallzahl, Zeitdruck und fehlender Anerkennung durch Vorgesetzte zusammenhängen. Empirische Studien fanden mittelhohe statistische Zusammenhänge zwischen Depression und EE und niedrigere zwischen Depression und DP bzw. SL.

Mit unserer Studie möchten wir dieses weithin unbearbeitete Forschungsfeld um Daten zweier Berufsgruppen ergänzen. In Anlehnung an frühere Arbeiten testen wir die folgenden Hypothesen:

1. Zwischen Depression und EE wird sich eine mittelhohe Assoziation zeigen, niedrigere Zusammenhänge werden zwischen Depression und DP sowie SL erwartet.
2. Faktorenanalytisch zeigt sich eine klare Unterscheidung der beiden Konstrukte.

3. Bei der „Multitrait-multimethod-Analyse“ finden sich höhere Korrelationen zwischen Selbst- und Fremdratings derselben Störung als zwischen den Selbstratings der beiden verschiedenen Konstrukte.
4. Burnout wird höher mit beruflichen Kriterien wie Arbeitsbelastungen korrelieren, während Depression stärker mit Aspekten des Alltagslebens assoziiert ist.
5. Depression wird höher mit gesundheitsbezogenen Variablen korrelieren als Burnout.

Zur Messung von Burnout wurde die deutsche Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI) von Enzmann u. Kleiber (1989) Des Weiteren wurde die Allgemeine Depressionsskala (ADS) verwendet

#### Diskussion

Die mittelhohen Beziehungen zwischen Burnout bzw. EE und Depression wurden vielfach als Argument für die fehlende Validität des Burnout-Konstrukts angeführt. Hervorzuheben ist aber, dass es sich beim Burnout um ein dreidimensionales Syndrom handeln soll, so dass eine Beziehung zwischen einem der drei Symptombereiche mit einer anderen Störung nicht ausreicht, um seine Validität anzuzweifeln. Unsere Ergebnisse stützen Untersuchungen, wonach EE - aber nicht DP und SL - mittelhoch mit Depression verknüpft sind. Da Gefühle der Belastung nur schwer differenziert gemessen werden können, ist generell eine höhere Korrelation zwischen EE und negativen Gefühlszuständen zu erwarten.

Für die dreidimensionale Struktur des Burnout-Syndroms spricht auch das Ergebnis der Faktorenanalyse. Da nur ein einzelnes ADS-Item auf dem Faktor EE lud, ist es unwahrscheinlich, dass der korrelativ ermittelte Zusammenhang zwischen EE und Depression auf eine Überschneidung der Iteminhalte zurückgeht. Größere Fehlloadungen wiesen ADS-Items dagegen auf dem als DP interpretierten Faktor auf. Inhaltlich beziehen sich diese Items auf die problemhafte Interaktion mit Menschen. Gegen eine konzeptuelle Überschneidung von DP und Depression spricht aber, dass von Ausgebrannten distanzierteres Verhalten ausgehen soll, während sie in den jeweiligen ADS-Items jedoch das „Opfer“ unfreundlicher Verhaltensweisen waren.

Da die „Multitrait-multimethod-Methode“ die Validitäts-Kriterien erfüllte, stützt auch dieses Ergebnis die diskriminante Validität des Burnout-Syndroms. Ferner zeigten die Fremdeinschätzungen, dass depressive Beschwerden von nahestehenden Personen übereinstimmender wahrzunehmen sind als Burnout-Symptome. Es ist denkbar, dass sich eine depressive Stimmung nachhaltiger auf soziale Kontakte im Privatleben auswirkt, während Burnout vorwiegend im beruflichen Umfeld manifestiert und stärker verheimlicht wird.

Die Überprüfung der Zusammenhänge zwischen der ADS, dem MBI und Außenkriterien hat die vierte und fünfte Hypothese ebenfalls im wesentlichen bestätigt: Burnout, d.h. vor allem EE, wies stärkere Assoziationen mit Aspekten des Berufslebens auf, während Depression enger mit Aspekten des Alltagslebens und subjektiver Gesundheit assoziiert war. Resümierend konnten alle Hypothesen angenommen werden.

Reime & Steiner sehen also einige Unterschiede zwischen Depressionen und Burnout, wobei Burnout nicht eindeutig definiert ist.

### 3.6 Burnout und Stress

Stress ist für das Verständnis von Burnout ein Schlüsselphänomen (vgl. Burisch, 1994, 41). Dies bestätigen nahezu alle Autoren. Der Begriff wird aber in der Regel in umgangssprachlichem Sinn für alles gebraucht, was irgendwie „unangenehm“ ist, bzw. als solches in Verruf steht. Burisch (1994,42) ist der Meinung, dass Burnoutprozesse in jedem Beruf, an jedem Arbeitsplatz und in jeder Lebenssituation möglich sind. In Prinzip haben fast alle Berufe bei genauerer Betrachtung ihre Schattenseiten:

- Ungeregelte Arbeitszeit, Wetterabhängigkeit und ökonomische Unsicherheit, z.B. bei einen Landwirt.
- Ständige Dienstbereitschaft, Termindruck und Konkurrenzsituation, z.B. bei einen Zeitungsjournalisten.
- Weisungsgebundenheit, Monotonie und Unterforderung, z.B. bei den kleinen Verwaltungsbeamten.

- Und klassisch gesehen der Beruf des Lehrers, des Sozialarbeiters, der Krankenschwester, des Arztes oder des Managers.

Dennoch gibt es immer wieder Menschen, die freiwillig diese „stressenden“ Berufe ergreifen, beibehalten und nicht ausbrennen.

Dass Stress und Burnout eine enge Verbindung haben, zeigen die Symptome, die bei Stress eingeschränkter gefasst werden können, aber trotzdem ähnliche Tendenzen haben.

In der psychologischen Stresssymptomatik findet man ebenso Veränderungen von Wohlbefinden, kognitiven Funktionsabläufen und Handlungsvollzügen (Nitsch 1981, 84) wie bei der Burnoutsymptomatik (siehe oben). Die psychologische Stressforschung untersucht die Gesetzmäßigkeiten der psychischen Stressgenese. Anwendungsbezogen sollen Maßnahmen entwickelt werden, die die Möglichkeiten zur Stresskontrolle erschließen.

Die psychosomatische Reaktionen sind ähnlich wie die Symptome, die u.a. Selye, Nitsch und Nimietz beschrieben haben. Eine physiologische Begründung habe ich in der Literatur nicht vorgefunden, wobei es denkbar ist, dass gleiche Wirkungsmechanismen eine Rolle spielen.

### **3.7 Der Krankheitsstatus von Burnout**

Burnout ist keine Krankheit in Sinne der medizinischen Definition. Burnout steht weder in der DSM IV noch in der ICD-10 registriert. Rösing (2003, 90) beschreibt, dass gerade dies dazu führen kann, dass Menschen mit Belastungen, die keine objektiv medizinisch diagnostizierbaren physischen Symptome produzieren und auch keine grob arbeitsbehinderlichen mentalen Folgen haben, nicht nur nicht legitim sind, sondern delegitimiert werden. Burnout-Fälle gelten als beruflich unreif, Misserfolgswfälle, sie werden als "Softies" und psychisch instabil betrachtet - das Beste wäre, sie gingen. Gerade diese negative Wertung findet man gleichermaßen im Alltag wie in der Wissenschaft. Rösing (2003, 156f) stellt nach ihrer Metaanalyse fest, dass eine negative, pathologische Sicht von Burnout innerhalb und außerhalb der Wissenschaft eindeutig dominiert, und die Burnoutforschung trägt durch die Auswahl ihrer Korrelate und Variablen dazu bei. Rösing hat sich die Frage gestellt, ob es Gegenteilstendenzen gibt. Sie ist dazu folgende Wege gegangen:

1. Die Stress- und Coping-Forschung gesichtet und den Begriff der Meta-Ressourcen eingeführt: „Self-efficacy“, „Hardiness“ und „Sense of coherence“
2. die positive Psychologie mit den Persönlichkeitskorrelaten: Humor, Optimismus, Spiritualität.
3. Arbeitsbezogenes Engagement.

## 4. Stress und Burnout und die Bedeutung für die Supervision

Wie in den vorherigen Kapiteln dargestellt gibt es viele Ansichten und Theorien über Stress und Burnout. Diese beiden Themengebiete werden uns immer wieder in der Supervision begegnen. Im nächsten Abschnitt werden Möglichkeiten aufgezeigt einen Umgang mit Stress und Burnout am Arbeitsplatz zu finden. Zuerst einige Gedanken von Levi, der sich mit Ursachen, Folgen von Stress und mit möglichen Veränderungen am Arbeitsplatz beschäftigt. Dann folgt eine Auseinandersetzung mit der Ressourcentheorie und den Bewältigungsstrategien (coping/creating), den Umgang mit protektiven Faktoren, und den möglichen Einsatz von Entspannungstechniken als Begleitung der Supervision.

### 4.1 Levis Beobachtungen am Arbeitsplatz

Levi (2003) stellt fest, um die Ursachen und Folgen von Stress am Arbeitsplatz zu erkennen, zu verhindern und ihnen entgegen zu wirken, müssen wir den Arbeitsinhalt, die Arbeitsbedingungen, die vertraglichen Arbeitsgrundlagen, die sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz, die Gesundheit, das Wohlbefinden und die Produktivität steuern. Der erste Schritt besteht darin, den Stress in seinem Auftreten, seiner Wirkungsweise, Stärke und Tendenz zu identifizieren, sowie dessen Ursachen und gesundheitliche Folgen. Fördert all dies stressbedingte Krankheiten?

Dieser erste Schritt könnte eine Aufgabe eines Organisationsentwicklers sein, der auch zuständig ist für die Ressourcennutzung und -planung und die Erschließung, Generierung, Maximierung von Ressourcen. Der Supervisor stellt stressbedingte Krankheiten und das Wohlbefinden der Mitarbeiter fest.

Kann etwas von den Störungen geändert werden?

Sind diese Veränderungen für Arbeitnehmer und Arbeitgeber annehmbar? Sind die Antworten bejahend, sollten eine Reihe von organisatorischen Veränderungen in Erwägung gezogen werden, für die der Organisationsentwickler wieder gefragt ist.

Solche Veränderungen umfassen idealerweise die folgenden Bereiche:

*Arbeitsplan.* Die Arbeitszeit ist so zu planen, dass ein Konflikt mit Forderungen und Verantwortlichkeiten vermieden wird, die nichts mit der Arbeit zu tun haben.

*Partizipation/Kontrolle.* Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen sollten in die Entscheidungen oder Handlungen, die mit ihrer Arbeit in Verbindung stehen, einbezogen werden.

*Arbeitslast.* Es ist sicherzustellen, dass den Arbeitnehmern genug Zeit zur Verfügung steht, um ihnen übertragene Arbeiten auszuführen und sich von physisch oder mental besonders fordernden Aufgaben wieder zu erholen.

*Inhalt.* Die Aufgaben sind so zu stellen, dass sie eine Bedeutung haben, stimulierend sind, ein Gefühl von Vollständigkeit vermitteln und die Möglichkeit geben, Fähigkeiten einzusetzen.

*Rollen.* Arbeitsrollen und Verantwortlichkeiten sind klar festzulegen.

*Soziales Umfeld.* Es ist eine Arbeitsatmosphäre zu schaffen, die frei ist von Diskriminierung und Belästigung.

*Zukunft.* Unklarheiten in bezug auf Arbeitsplatzsicherheit und Karriereaussichten sind zu vermeiden, lebenslanges Lernen und Einsetzbarkeit sind zu fördern.

Die kurz- und langfristigen Auswirkungen derartiger Veränderungen sind vielleicht nicht immer ausreichend, um den Kampf gegen Stress am Arbeitsplatz zu gewinnen, obwohl dies durchaus wahrscheinlich ist. Sie müssen daher bewertet werden, indem

man die Reaktionen auf Stress, das Vorhandensein von Stress, die Abnahme von Gesundheitsschäden sowie Qualität und Quantität von Waren oder Dienstleistungen misst.

Weltweit erkennen viele Unternehmen an, dass Erfolg nur erzielt wird, wenn die drei Elemente der nachhaltigen Entwicklung gewährleistet sind: Finanzkraft, Umweltschutz und Sozialgefüge. Andernfalls bildet sich langfristig eine organisatorische Schwäche aufgrund des fehlenden Vertrauens von Angestellten, Aktionären, Kunden und Gemeinschaften.

Dies hat vielfache Auswirkungen auf die Beziehungen zu den Angestellten. Die Sicherstellung von langfristigem wirtschaftlichen Wachstum und sozialem Zusammenhang erfordert ein Engagement für Gesundheit und Sicherheit, mehr Ausgeglichenheit zwischen Arbeit, Familie und Freizeit, lebenslanges Lernen, eine größere Vielfalt der Arbeitskräfte, geschlechterunabhängige Entlohnung und Karriereaussichten und Gewinnbeteiligungs- und Aktieninhaberschafts-Pläne.

Diese Praktiken können sich positiv auf die Einnahmen auswirken, weil die Produktivität steigt, die Angestellten länger im Betrieb bleiben, Veränderungen positiv aufgenommen werden, mehr Innovation die Folge ist und die Ergebnisse besser und zuverlässiger sind. Die Unternehmen haben ein großes Interesse daran, sich über die gesetzlich vorgeschriebenen Mindestleistungen hinaus zu engagieren: einen guten Ruf in der Branche zu haben und ein angesehener Arbeitgeber zu sein sind marktfähige Vermögenswerte.

In einem derlei komplexen Änderungsprozess ist es unerlässlich, für die Organisationsentwicklung eine dafür ausgebildete Fachkraft zu engagieren. Levi arbeitet dabei auch die Wichtigkeit des Sozialgefüges und Arbeitsatmosphäre heraus. Hier liegt eine wichtige Aufgabe des Supervisors.

## 4.2 Supervision

Wenn man sich Petzolds Definition von Burnout vor Augen führt, wird auch deutlich, in welcher Richtung ein Supervisor tätig werden sollte.

"Komplexes Syndrom, das durch multifaktorielle, 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 Entlastung, z. B. durch Zuführung von Ressourcen eine Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit gewährleistet wird, hat Burnout Funktionsstörungen, Fehlleistungen und Identitätsverlust des Systems zu 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 bis hin zu Vernachlässigung und Misshandlung" (Petzold, 1990p, 834)

"Überforderung tritt ein, wenn Belastungssituationen und externale Ansprüche keine stützende Umwelt, unzureichende innere und äußere Ressourcen und keine adäquate 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. Das Pathogenesemodell der Überforderung spielt in der IT (Integrativen Therapie) eine überragende Rolle." (Petzold, 1968a, 42)



Ziele in der Supervision sind:

1. Ressourcen stärken und Coping- / Creating-Prozesse fördern
2. Protektive Faktoren unterstützen
3. Stützende Umgebung/soziales Netz unterstützen
4. Entspannungstechniken als begleitende Intervention

#### **4.2.1 Ressourcen stärken und Coping/Creating Prozesse fördern**

Rösing (2003, 167) legt dar, dass einer der Ausgangspunkte die gesamten Coping-Forschung die Forschung zu den psychoanalytischen Abwehrprozessen war, die als misslungene oder misslingende Bewältigungsstrategien angesehen wurden. Ausgangspunkt war also die Fokussierung auf die Schattenseite des Menschen. Es ging um Stress als Distress, also nur negativ zu erlebende Belastung, es ging um Krankheit, Pathologie und Abwehr. Später aber hat sich der Schwerpunkt der Betrachtung auf die adaptiven Strategien verlagert, und zwar in Richtung zur Untersuchung des Umgangs mit Gesundheit und deren Aufrechterhaltung und die Frage, was Stress und Belastung an Wachstumspotentialität enthält. Dies ist der Blick auf Ressourcen. Von dieser Veränderung aus sieht man den Trend der Veralltäglichen in der Coping-Forschung: weg von der Untersuchung von extremen, lebensbedrohlichen, katastrophalen Situationen der Belastung, hin zu den kleinen "Daily hassles", den täglichen kleinen Stress-Situationen und deren Bewältigung, und weg von der entsprechenden Sicht von Coping als einer abgegrenzten Sonderreaktion, hin zu dem Verständnis von Bewältigungsverhalten als Teil des normalen, immer präsenten täglichen Anpassungsprozesses.

In der Regel werden Ressourcen nur grob nach personenbezogenen und umweltbezogenen Ressourcen unterschieden. Rösing (2003, 170) ergänzt hier innere und äußere Barrieren.

Sie unterteilt:

- **Physische Ressourcen.** Attraktivität, Sportlichkeit, Gesundheit.  
Barrieren; Schwergewichtigkeit, Schlafstörungen, Krankheit.
- **Materielle Ressourcen:** Besitz und Ausstattung, Kommunikations- und Mobilitätsmedien.  
Barrieren: Mittellosigkeit.
- **Emotionale Ressourcen:** Fähigkeit zu Freude, Liebesfähigkeit, Intensität des Erlebens.  
Barrieren: Misstrauen, Pessimismus, Grundängstlichkeit.
- **Kognitive Ressourcen:** Intelligenz, Fähigkeit zur Analyse einer Situation, Gedankenreichtum, um Alternativen zu finden.  
Barriere: Unklares Denken, Perseveration, Vorurteile.
- **Soziale Ressourcen:** Die zur Verfügung stehenden, wichtigen Bezugspersonen, Tragfähigkeit dieser Kontakte, Fähigkeit zu geben und Hilfe anzunehmen.  
Barrieren: Exzessive Autonomiewünsche, Isolation.
- **Spirituelle Ressourcen:** Interesse an weiteren Zusammenhängen, wonach das Ich Teil eines umfassenderen Ganzen ist, Religion, Glaube.  
Barrieren: Unfähigkeit, über die materielle Welt hinauszudenken, Spirituelle Konzepte, die zu Resignation oder Selbststrafe führen usw.

Ein weiterer Versuch der einfachen Klassifikation von Ressourcen und Barrieren ist die nach Intra-, Inter-, Non- und Transpersonalität (Rösing 2003, 171):

- Intrapersonale Ressourcen sind solche persönlichen Eigenschaften, wie z.B. Optimismus, interpersonelles Vertrauen, Selbstvertrauen, Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeitsüberzeugung, Intelligenz, Problemlösungsfähigkeit, Kompetenz, Kompetenzvertrauen.  
Barrieren: Fatalismus, Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit, Pessimismus, Depressivität, mangelndes Selbstvertrauen.
- Interpersonelle Ressourcen und Barrieren liegen im sozialen Umfeld, dem Netz an Beziehungen (Familie, Freunde, Kollegen), oder dessen Fehlen.
- Nonpersonale Ressourcen und Barrieren beziehen sich auf Materielles, Gegenständliches, auf situative Bedingungen, Umweltbedingungen.
- Transpersonale Ressourcen sind solche Fähigkeiten, sich selbst, sein Leben und seine Stellung in der Welt als sinnvoll und positiv zu sehen.  
Barrieren: spirituelle Konzepte, die am Problemlösen, Handeln, Alternativ-Finden, am flexiblen Ressourcenwechsel oder einer positiven Sicht bestimmter materialer und interpersoneller Ressourcen hindern.

Petzold definiert Ressourcen auf verschiedene Weisen:

1. "Ressourcen sind Mittel bzw. Hilfsmittel zur Erledigung oder Bewältigung von Anforderungen und Aufgaben. Ihr Fehlen ist eine Beschränkung. Sie werden in zielorientierten Handlungen eingesetzt" (Petzold 1968a, 42).
2. „Ressourcen sind alle erdenklichen Mittel der Hilfe und Unterstützung, ja die Prozesse des Supports selbst, mit denen Belastungen, Überforderungssituationen und Krisen bewältigt werden können: innere Ressourcen/Stützen wie physische Vitalität, emotionale Tragfähigkeit, Willensstärke, Intelligenz, geistige Werte, aber auch äußere Ressourcen/Stützen wie Freunde, soziale Netzwerke, Unterkunft, Geld. Ressourcen tragen dazu bei, die Stabilisierung einer erschütterten Persönlichkeit, einer zerrütteten Familie, eines maroden sozialen Systems, einer desorganisierten Organisation zu ermöglichen, die Selbstregulationskräfte und Interaktionskompetenz des Systems mit der Umwelt zu restituieren und darüber hinaus - derartige Konsolidierungen überschreitende - Entwicklungen auf den Weg zu bringen und zu fördern (Petzold 1968a, 43).
3. „Ressourcen sind gute Quellen, aus denen die Kreativität schöpft, die einerseits Belastungen und Probleme abpuffern, zum anderen aber Grundlage für Potentiale bieten. Ressourcen stehen der Person oder Personengruppe zur Lebensbewältigung wie auch zur kokreativen Lebensgestaltung zur Verfügung, um Entwicklungspotentiale freizusetzen und zu nutzen“(Petzold 1998, 359).
4. „Nutzbare Ressourcen sind alle im Ressourcenreservoir eines Systems vorhandenen materiellen Bestände und mentale Bestände, welche in interne (Kontrollüberzeugungen, Kompetenzen/Fähigkeiten, Performanzen/Fertigkeiten) und externe (Informationen von Kollegen, Freunden, Sozialagenturen) differenziert werden. Sie können als Eigenressource im Zugriff des Systems stehe oder als Fremdressourcen von andere Systeme bereitgestellt werden. Ressourcengebrauch setzt voraus, dass Ressourcen vom System wahrgenommen werden, basal klassifiziert werden und aufgrund funktionaler emotiver Bewertungsprozesse und

Petzold (1998, 361) integriert die Ressourcentheorien von Lazarus und Hobfoll in seine Theorie.

#### **4.2.2 Coping / Creating**

Nach Petzold (1998, 369) kann sich das Coping in unterschiedlichen Copingstilen vollziehen, diese können person- und situationsspezifisch ausgeprägt sein.

Es gibt folgende Copingstile:

- Evasives Coping: Belastungen und Bedrohungen werden durch Ausweichen und Vermeiden entgangen.
- Aggressives Coping: hier werden Strategien der Konfrontation, Selbstbehauptung, Kampf eingesetzt.
- Adaptives Coping: hier werden Strategien der Anpassung, Regression, Zurücknahme eingesetzt.

Auch für das Creating gibt es verschiedene Stile:

- Creative adjustment: ein kreatives Einpassen in vorfindliche Gegebenheiten unter erfindungsreicher Ausnutzung der angetroffenen Möglichkeiten.
- Creative change: ein kreatives Gestalten und Verändern der vorfindlichen Gegebenheiten im Sinne ihrer Überschreitung und Ressourcenvermehrung.
- Creative cooperation: eine das individuelle schöpferische Tun überschreitende kokreative Aktivität, in der die Möglichkeiten einbezogen werden, Konfluxphänomene auftauchen, durch neue Ressourcen freigesetzt bzw. geschaffen werden.

Petzold sieht das Coping immer als „Minus-Geschäft“, da sie häufig einher geht mit Ressourcenminderung mit der Gefahr des Ressourcenverfalls. Creating ist eher verbunden mit Ressourcengewinn. Beides wirkt zurück auf die Person, ihre Selbst- und Situationswahrnehmung und –bewertung, d.h. auf ihr Selbst, auf die Situation und auf dem Kontext/Kontinuum. Dieses Modell verbindet der Konzeption von Lazarus, Schwarzer und Hobfoll und betont die Prozessqualität.

Dies sind wichtige Ansätze, die jederzeit in der Supervision berücksichtigt werden sollten.

#### **4.2.3 Kreative Medien in der Ressourcenberatung / Supervision:**

Der Einsatz von kreativen Medien, im Sinne von Zeichnen, Malen usw. eignet sich besonders zur Rekonstruktion und oft auch zur weiteren Bearbeitung. Die Arbeit mit kreativen Materialmedien dient in der Supervision häufig als Einstieg zur Problemformulierung. Vielfach lassen sich erst über Rekonstruktionen, z.B. Stress-Situationen, mithilfe solcher Arbeitsformen Praxisprobleme deutlicher fassen. Gerade die Arbeit mit solchen Medien dient oft der ersten Präzisierung von Problemkonstellationen. Sie erlaubt es vielfach auch, nicht-planmäßige Muster von Supervisanden zu bestimmten Themen transparenter werden zu lassen. Bei Verwendung ergibt sich oft auch eine ausgezeichnete Dialoggrundlage für die Rekonstruktion und weiterführende Bearbeitung. In manchen Fällen erfolgt schon im Verlauf der kreativen Arbeit ein spontaner Umstrukturierungsprozess. In vielen

anderen bilden Arbeitsprozess und –ergebnis die Grundlage für weitere gezielte Veränderungen.

Es gibt einige Möglichkeiten, kreative Medien einzusetzen, z.B. mit persönlichen oder kontextbezogenen Ressourcenkarten (Petzold 1998, 387f)

Ressourcenkarten können ohne Benennung von Kategorien erstellt werden. Ebenso ist es möglich, mit vorgegebenen Sektoren zu arbeiten: z.B. die personale und professionelle, aber auch die soziale und materielle können herausgegriffen werden. In der Nachbearbeitung kann es sinnvoll sein, genauer zu differenzieren, z.B. in:

- Eigenressourcen / Fremdressourcen
- Organismische / technische Ressourcen
- Materielle / mentale Ressourcen
- Externale / internale Ressourcen [
- Objective / perceived resources
- Wahrgenommene / nicht wahrgenommene Ressourcen
- Nutzbare / nicht nutzbare / aber nicht als nutzbar bewertete Ressourcen
- Verfügbare / aber nicht genutzte Ressourcen
- Vitale / nachgeordnete Ressourcen
- Unersetzbare / ersetzbare Ressourcen
- Kostbare / preiswerte Ressourcen

#### **4.2.4 Protektive Faktoren und Resilienzbildung unterstützen**

Petzold (1993a) definiert protektive Faktoren folgendermaßen:

„Protektive Faktoren sind einerseits –internal- Persönlichkeitsmerkmale und verinnerlichte positive Erfahrungen, andererseits –external- spezifische und unspezifische Einflußgrößen des sozioökologischen Mikrokontextes (Familie, Freunden, significant caring adults, Wohnung), Mesokontextes (Subkultur, Schicht, Quartier, Region) und Makrokontextes (übergreifende politische und sozioökonomische Situation, Zeitgeist, Armut- bzw. Krisenregion), die im Prozess ihrer Interaktion miteinander und mit vorhandenen Risikofaktoren Entwicklungsrisiken für das Individuum und sein soziales Netzwerk weitgehend vermindern. Sie verringern Gefühle der Ohnmacht und Wertlosigkeit und gleichen den Einfluß adversiver Ereignisse und Ereignisketten aus bzw. kompensieren ihn. Sie fördern und verstärken aber auch als salutogene Einflußgrößen die Selbstwert- und Kompetenzgefühle und -kognitionen sowie die Ressourcenlage und „supportive Valenz“ sozioökologischer Kontexte“.

Folgende *protektive Faktoren* sind zu erwähnen:

- Ein guter, d.h. "normaler" Anfang: Hier spielt die Vorstellung vom kompetenten Säugling eine Rolle, der aufgrund protektiver Faktoren Entwicklungsrisiken meistern und Entwicklungsrückstände aufholen kann;
- Eigenschaften des Kindes, seine Interaktionen mit relevanten caretakers und deren Interaktion mit dem Säugling über die Zeit hin;
- in dieser Interaktion aktive und kompetente Säuglinge;
- kommunikative Kompetenz und Performanz sowohl aufseiten des Säuglings als auch der relevanten caregivers;
- Säuglinge mit einem handicap oder massiven Entwicklungsrisiken kommen im Zusammenspiel mit ihren Bezugspersonen weniger zu stimmigen Interaktionen.

### Schutzfaktoren:

- gute soziale Fertigkeiten der Kinder
- Selbstvertrauen, positive Selbsteinschätzungen
- positive Kontrollüberzeugungen
- kognitiv kompetent, reflektierend, impuls kontrolliert
- Elastizität und Anpassungsfähigkeit, Unverwüstlichkeit
- ordentliche, häusliche Umwelt
- Interesse der Eltern am schulischen Fortkommen und der Bildung
- klare Strukturierung der Rollenbeziehungen in der Familie
- Unterstützung von Selbständigkeit
- wenigstens eine positive Bezugs- und Identifikationsperson

Heinermann & Kind (1997, 43) betonen, dass protektive Faktoren hauptsächlich der Salutogenese zugute kommen. Die Wirksamkeit der protektiven Faktoren ist sehr komplex, so dass die Frage nach der Art und Weise ihres Wirkens nicht einfach zu beantworten ist und in der Betrachtung jedes Einzelschicksals neu definiert werden muss. Das Verstehen der eigenen Biographie und der in ihr enthaltenen protektiven Faktoren und die gemeinsame Betrachtung ihrer Wirksamkeit in Vergangenheit, Gegenwart und für die Zukunft helfen, Sinnzusammenhänge zu finden, die ihrerseits wiederum zu einem protektiven Faktor werden und somit schädigende Einflüsse mildern.

In der Supervision können wir nicht therapeutisch tätig werden (wohl aber sind Änderungen des Kontraktes möglich, dass „therapeutische Schlaufen“ eingebaut werden, vgl. Ratz, Petzold, Orth-Petzold 2010). Wir können auch nur bedingt in der Biographie arbeiten, um protektive Faktoren zu finden (Swanton 2010), jedenfalls sind keine „Tiefungen“ in den Frühkindlichen Bereich angesagt. Wo wir möglicherweise Einfluss haben sind eher: Bewusst machen und Unterstützung bei den Kontrollüberzeugungen, sozialen Fertigkeiten, Strukturierung des Alltages, Selbständigkeit usw.

Ein wichtiger Begriff ist außerdem die *Resilienz*. Pezold (1996) versteht unter Resilienz folgende Phänomene:

- eine hereditäre Disposition zur Vitalität, die eine gewisse Unempfindlichkeit gegenüber Belastungsfaktoren gewährleistet.
- Die Fähigkeit Belastungen oder Risiken effektiv zu bewältigen.
- Die Fähigkeit, sich nach traumatischen Erfahrungen schnell und nachhaltig zu erholen.
- Die Fähigkeit, Situationskontrolle und Kompetenz unter akuten Stress und in Konfliktsituationen aufrecht zu erhalten.
- Die Fähigkeit, sich an Belastungssituationen so anzupassen, dass Möglichkeiten bestehen, in ihnen zu überleben, ohne dass psychische oder psychosomatische Schädigungen feststellbar werden.
- Die Möglichkeit, Belastungserfahrungen zu kommunizieren und aufgrund von Netzwerkorientierung und guter interaktiver Kompetenz und Performanz Schutzpersonen zu mobilisieren.

Resilienzfördernde Faktoren sind u.a.(Heinermann & Kind 1997):

- Soziale Unterstützung innerhalb des sozialen Netzwerkes.
- Eine verlässliche Beziehung zu einem „significant caring adult“.
- „schützende Inselerfahrungen“ und „guten Zeiten“ im Verlauf der Entwicklung.

- Positive Erziehungsklimata in Segmenten der Lebenswelt.
- Möglichkeitsräume, in denen Gestaltungsimpulse und Selbstwirksamkeit erfahren werden können, so dass sich internal orientierte Kontrollüberzeugungen und konstruktive selbstreferentielle Emotionen und Kognitionen entwickeln können.
- Soziale Vorbilder, die Werte und Sinnbezüge vermitteln und die konstruktives Bewältigungsverhalten modellhaft zeigen.
- Realistische Situationseinschätzung und positive Zukuntorientierung.
- Leistungsmotivationen und Impetus zur aktiven Problembewältigung.
- Dosierte Belastung, die Immunisierungen und das Ausbilden von Bewältigungsstrategien ermöglichen weil, sie die Coping-Kapazitäten und die vorhandenen Ressourcen nicht überfordern.
- Netzwerkorientierung.
- Phantasiepotential.

Protektive Faktoren zeigen viele Übereinstimmung mit den in der Intergativen Therapie von Petzold unter Auswertung der internationalen Therapieforschungsliteratur und der Therapieberichte aus der Integrativen Therapie (Petzold, Orth-Petzold, Patel 2010) herausgearbeiteten „**14 Heilfaktoren**“ (Petzold 1993m).

Die 14 therapeutischen Heil- oder Wirkfaktoren der integrativen Therapie sind:

- (1) Einführendes Verstehen (EV)
- (2) Emotionale Annahme und Stütze (ES)
- (3) Hilfen bei der realitätsgerechten, praktischen Lebensbewältigung, Lebenshilfe (LH)
- (4) Förderung emotionalen Ausdrucks (EA)
- (5) Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrung (EE)
- (6) Förderungen kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit (KK)
- (7) Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychopsychische Entspannung (LB)
- (8) Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen (LM)
- (9) Förderung reaktiver Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte (KG)
- (10) Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven (PZ)
- (11) Förderung eines positiven, persönlichen Wertebezugs (PB)
- (12) Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens (PI)
- (13) Förderungen tragfähiger sozialer Netzwerke (TN)
- (14) Ermöglichen von Solidaritätserfahrungen (SE)

Richtig eingesetzt oder in Krisensituationen wirksam werdend, fördern die protektiven Faktoren und die Heilfaktoren die Resilienzbildung, indem sie einen "**protective factor** → **resilience cycle**" bilden:

»Den Prozessen, in denen externale und internale Schutzfaktoren und Resilienzen zusammenspielen, ist besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Wir sehen aufgrund unserer klinischen Beobachtungen und Forschungen einen „**protective factor** → **resilience cycle**“, zirkuläre bzw. spiralförmig progredierende Prozesse mit kleinen kontextbedingten Variationen bei *krisenhaften Belastungen*, aber auch – zusammen mit ihnen oder ohne solchen Konnex oder in Sequenzen mit wechselnden Schwerpunkten - bei den Herausforderungen (challenges) von *Entwicklungsaufgaben* (Havighurst 1948, 1963). Auf

beides kann mit Coping- oder Creating-Mustern bzw. in einer Kombination von beidem reagiert werden, wie in der folgenden Mustersequenz ersichtlich:

**"Belastung/Überlastung → externale protektive Faktoren → erfolgreiches coping/buffering → Resilienz/interner Schutzfaktor → Optimierung der Nutzung externer Ressourcen und protektiver Prozesse → Resilienzen" → Entwicklungsaufgaben → externale protektive Faktoren → erfolgreiches creating → usw.**

In dieser Sicht von *Resilienzen* auf der **neurobiologischen Ebene** werden sie als funktionales Äquivalent des Konzeptes "interner protektiver Faktor" aufgefasst. Neurobiologische Vorgänge führen natürlich zu Einflüssen auf der **psychologischen** bzw. **mental** Ebene und wirken damit auch auf *Kompetenzen*, d.h. in kognitiven, emotionalen und volitiven Prozessen (Petzold 2001i; Petzold, Sieper 2003) und auf die behaviorale *Performanz*, z.B. im sozial-kommunikativen Geschehen. Optimales Fungieren des *Gyrus Cinguli* in seiner Interaktion mit dem präfrontalen Cortex und dem limbischen System, zentral für die Selbst- und Identitätsprozesse des Menschen, wohlreguliertes Fungieren der *Amygdala*, wesentlich für die "emotionale Intelligenz" bzw. „sinnliche Reflexivität“ (Heuring, Petzold 2003), die ungestörte Arbeit der präfrontalen Zentren, das alles ermöglicht vielfältige protektive Prozesse im seelischen Geschehen: angemessene und positive kognitive Ereigniseinschätzung (*appraisal* / Frontalhirn), angemessene bzw. positive emotionale Ereignisbewertung (*valuation* / limbisches System), angemessene und nachhaltige Willensunterstützung (*volition* / cingulärer Gyrus). Selbstsicherheit, Selbstvertrauen, Souveränität, erlebte und integrierte Selbstwirksamkeit, positive Kontrollüberzeugungen (Flammer 1990) können dann als "interne Schutzfaktoren" bzw. Resilienzqualitäten auf der **psychologischen Ebene** verstanden werden« (Müller, Petzold 2003).

#### 4.2.5 Soziale Unterstützung

Petzold beschreibt in seiner Beschreibung von Überforderung, die Abwesenheit von sozialer Unterstützung. Schwarzer (1993, 59) hat versucht gerade dieses Thema wissenschaftlich zu belegen. Er stellt fest, dass in der Erforschung von Stress und kritischen Lebensereignissen immer wieder auf die Pufferfunktion von **sozialer Unterstützung** hingewiesen wird. Demnach dient soziale Einbettung als Schutz vor den psychischen oder auch gesundheitlichen Folgen kritischer Ereignisse. Sozial gut eingebettet zu sein und im Notfall Hilfe von anderen erwarten zu können, übt eine wohltuende Wirkung auf die Befindlichkeit aus. Dies wird nicht nur als Puffereffekt, sondern sogar als Haupteffekt beschrieben.

Es scheint also wichtig, auch in der Supervision das soziale Netzwerk anzusprechen bzw. die unterstützende Potentiale, die dort liegen, zu aktivieren. Das soziale Netzwerk (Hass, Petzold 1999) ist in der Integrativen Therapie eine Säule der Identität.

Petzold hat folgendes Modell sozialer Unterstützung konzipiert:

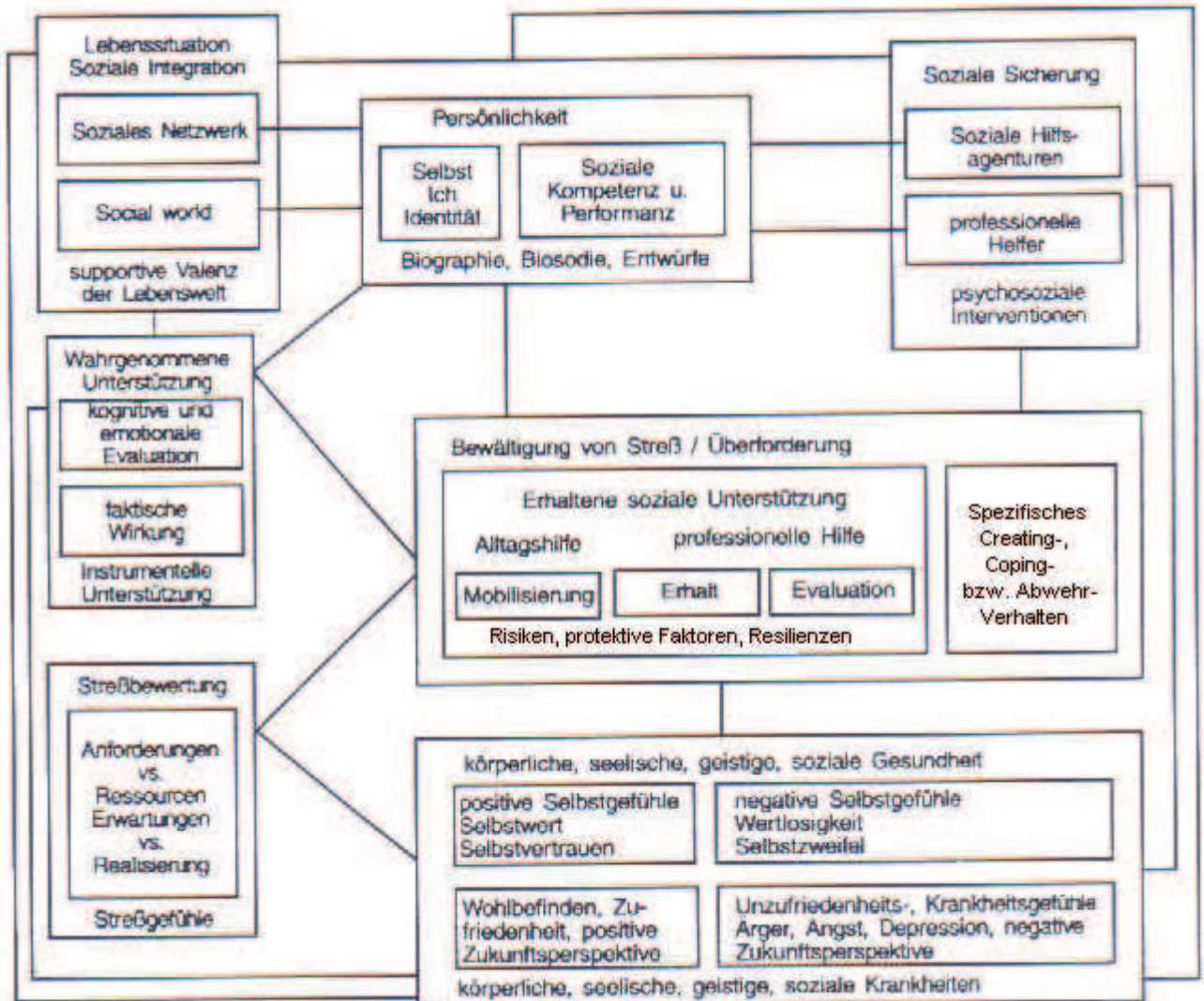


Abb. 6: Modell der Sozialen Unterstützung in der Integrativen Soziotherapie (aus Petzold, Petzold 1993a)

#### 4.2.6 Entspannungstechniken als begleitende Intervention

Wie in den Stresstheorien (Cannon, Selye, Nitsch, Engel, Wolff usw.) immer wieder deutlich wurde, steht Stress und auch Burnout in einen Zusammenhang mit psychologischen und biologischen Faktoren. Deswegen kann es sinnvoll sein auch die physiologische/biologische Seite in der Supervision anzusprechen und mit zu integrieren.

In der integrativen Therapie geht man von einer multimodalen Theorie und Praxeologie aus. Dementsprechend wurden spezifische Entspannungstechniken in



der Integrativen Therapie entwickelt wie die „Integrierende und Differentielle Regulation“ (**IDR**, vgl. *Petzold, H.G. 2000g*) als **IDR-T** in der Integrativen Traumatherapie (ibid.). Dabei wird, wie Voutta-Voß (1997, 29) betont:

- Stets in mehrperspektivischer Orientierung an einem heuristischen integrativen Modell ausgewählt und eingesetzt, das leibtheoretische Konzepte der Integrativen Therapie und handlungsleitende Modelle der Imaginationsforschung verbindet,
- Auf der Grundlage dieses Modells des phänomenologisch ausgerichteten leibdiagnostischen Herangehens und auch in der Behandlungsplanung wird der prozessualen Therapietheorie differenziert eingesetzt,
- Stets bezogen auf die Qualität der therapeutischen Beziehung als Dreh- und Angelpunkt des Behandlungskonzepts.

Muskeltonuserhöhung ist ein mögliches Symptom bei Stress aber auch bei Burnout. Wie Tonuserhöhung bei den einzelnen Menschen erlebt wird hängt mit seiner Biographie und seinem „integralen Leibgedächtnis“ zusammen. Damit wird im komplexen persönlichkeits-theoretischen Ansatz der Integrativen Therapie, neben Perception und Expression der memorative und reflexive Leib-Funktionsbereich des Menschen bezeichnet.

Memoration und Reflexion werden aus mehreren Perspektiven betrachtet:

- *Neurophysiologisch* wird das Großhirn als materielles Substrat des Gedächtnisses gesehen. Hier werden Erinnerungen in Form von vernetzten Engrammen gespeichert. Die Bildung und Aktivierung dieser Engramme werden über die Sinne stimuliert.
- Unter *phänomenologischer* Herangehensweise werden folgende Gedächtnisformen unterschieden:
  - Das propriozeptive Gedächtnis
  - Das atmosphärische Gedächtnis
  - Das ikonische Gedächtnis
  - Das szenische Gedächtnis
  - Das verbal-symbolische Gedächtnis
- *Entwicklungspsychologisch*.

Die Wirksamkeit von Entspannungstechniken wird in Verbindung des heuristischen Modells mit dem Wahrnehmungs- und Gedächtniskonzepts der Integrativen Therapie dadurch erklärt, dass spezifische Entspannungstechniken durch sukzessive Fokussierung der Awareness auf die unterschiedlichen Kontakt- und Integrationsfunktionen jeweils in spezifischer Weise das „integrale Leibgedächtnis“ stimulieren und auf der Grundlage intermodaler Prozesse leibliche Prozesse aktivieren, die mit lokaler oder generalisierter Tonusveränderung verbunden sind. Welche Entspannungstechnik sich wie auswirkt ist immer bezogen auf den Gesamtkontext des Einzelnen zu sehen. Das bedeutet dass eine Entspannung in der Gruppe nicht für alle Teilnehmer dem gleichen Effekt haben wird. In der Supervision ist eine Entspannungstechnik nur in eine Einzelsupervision oder in einer Einzelarbeit in der Gruppe sinnvoll. Hierbei sind die Grenzen zur Therapie fließend und der Supervisor sollte wachsam bleiben Grenzen nicht zu überschreiten.

In der Integrativen Therapie wurden zusätzlich zur „relaxativen Organgymnastik und Isodynamik“ nach Petzold (Berger 1971) auch Elemente aus der Eutonie, der progressiven Muskelrelaxation und aus verschiedenen Verfahren der Atem- und Spannungsgymnastik und -therapie eingebracht und integriert, so dass mit Petzolds **IDR** ein differenziertes und ausgewogenes, vielfältig einsetzbares Entspannungsverfahren entstanden ist (Frankenstein-Anft 2008; Wolfisberg 2009).

### **Um zusammen zu fassen:**

In der Integrativen Therapie wird in dysfunktionalen Überforderungen, Hyperstress und Dauerstress/Strain, die das Stressbewältigungsvermögen von Menschen überfordern eine bedeutende Verursachung von psychischen, psychosomatischen und somatischen Erkrankungen gesehen (Petzold 1996f) – wahrscheinlich die bedeutendste. Burn-Out-Syndrom, Mobbing-Syndrom, Posttraumatische Belastungsstörungen und eine Vielzahl psychosomatischer Störungen können hier genannt werden. Dysfunktionaler Stress ist häufig mit Krisensituationen verbunden, die nicht bewältigt werden können (Petzold 1977i, 1993g). Deshalb ist dem Krisengeschehen und der Krisenbewältigung besondere Bedeutung beizumessen, denn „nicht überwundene Krisen führen zu Krisenrückfällen und diese bewirken, werden sie nicht durch kompetente Intervention aufgefangen, eine **Erosion der persönlichen Tagesfähigkeit** und damit oft Zustände, die als ein **personality burn-out** bezeichnet werden können“ (Petzold 1975m). So manche unbehandelte oder schlecht behandelte Depression hat Angstzustände, Angstkrisen – also massives Stressgeschehen – im Hintergrund. So manches Borderline-Syndrom ist das Resultat von schweren Traumatisierungen (Plur.), die therapeutisch nicht aufgefangen werden konnten – also von Hyperstress-Erfahrungen. Deshalb ist wirksame Krisenintervention bei derartigen „kritischen Lebensereignissen“ eine der wichtigsten Aufgaben für die Vorbeugung von chronifizierenden Krankheitsprozessen. Deshalb anschließend noch Materialien zur Krisenintervention im Integrativen Ansatz.

## **Teil II**

### **Ein Kriseninterventionsseminar - Techniken beziehungsgestützter Krisenintervention, Aufbau eines „guten Konvois“, „innerer Beistände“ und „protektiver Erfahrungen“ in Integrativer Bewegungstherapie (IBT), Integrativer Therapie (IT), Gestalttherapie (GT) Hilarion G. Petzold (1975m)**

Tagesprotokolle aus dem Seminar „Krisenintervention und Krisenprävention in der Integrativen Bewegungstherapie“, Knechtsteden 17. - 21. Mai 1975,

Das Seminar Krisenintervention von Hilarion Petzold im Rahmen der Ausbildung in „Integrativer Leib- und Bewegungstherapie“ (IBT) hatte zum Ziel, die von Petzold und Sieper seit 1965 in der Arbeit mit Patienten aller Altersgruppen, von Kindern bis zu Hochbetagten entwickelten Techniken der Krisenintervention einzuüben für die Arbeit in der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie, der Integrativen Therapie und der Gestalttherapie, wie sie am FPI gelehrt werden (H. Petzold, Psychotherapie und Körperdynamik, Paderborn, Junfermann 1974, 1.2.1). Das Seminar wurde in den zentralen Inhalten von den Teilnehmern weitgehend exakt mitgeschrieben bzw. zusammengefaßt und im Sommer 1975 von *Johanna Sieper* durchgesehen und als MS für die Gruppe redigiert.

Das Seminar steht unter Petzolds Krisendefinition:

»**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.«

Zu Beginn jeder Krisenintervention ist es wichtig, mit dem betroffenen Menschen in „Kontakt“ zu kommen. Menschen leben aus dem „Kontakt“ seit ihren ersten Sinneserfahrungen im Uterus, Kinder entwickeln sich in den Kontakterfahrungen mit den Menschen ihrer „familialen Polyade“, in den Bindungen zu ihrer Primärgruppe durch das Erleben von „**Angrenzungen**“ als Nahraumerfahrungen, in denen auch „**Abgrenzungen**“ erlebt werden. „**Ausgrenzungen**“ in diesem Nahraum sind für Kinder lebensbedrohlich, wie S. Ferenczi in seinem wichtigen Beitrag „Das ungewollte Kind und sein Todestrieb (1929, in: ders., Schriften zur Psychoanalyse. Hrsg. M. Balint, Fischer, Frankfurt 1972. Bd. II, 251-256) gezeigt hat. „Kontakt und Rückzug“ bestimmen nach F. Perls (1969) das menschliche Beziehungsverhalten. In der Integrativen Therapie spricht Petzold als Oberbegriff von „**Relationalität**“, die sich im „Aushandeln von Positionen und Grenzen“ bildet und dabei „Identität“ konstituiert – männliche und weibliche. Das ist in Therapie und Krisenintervention eine wichtige Perspektive, die es stets zu beachten gilt, daß Männer und Frauen in vielfältiger Weise spezifisch bzw. unterschiedlich reagieren.

Relationalität differenziert sich aus intrauteriner **Konfluenz** und primärer, naturgegebener, **benigner Abhängigkeit** des Kindes von seinen Pflegepersonen heraus in den Formen **Kontakt <-> Begegnung <-> Beziehung <-> Bindung**. Aus der Bindung (zwischen Eltern und groß gewordenen Kindern, oder zwischen Eheleuten) kann es zu sekundären, normativen, **benignen Abhängigkeiten** kommen (etwa bei Eintreten von Pflegebedürftigkeit im Alter). **Maligne Abhängigkeiten** entstehen durch einengende Dependenz- und Dominanzverhältnisse, die zur **Hörigkeit** (z. B. von einem Haustyrannen, Dealer oder Zuhälter) entgleisen können.

**Kontakt** ist die Basisform der Relationalität, die prinzipiell ein reziprokes Moment hat (deshalb Doppelpfeil), auch wenn Kontakt einseitig erscheint, weil er immer die Möglichkeit der Wechselseitigkeit unterstellt. Kommen empathische Leistungen zum Kontakt hinzu, spricht die IBT von Begegnungen, die immer Mutualität/Wechselseitigkeit erfordern. Kontakt- und Begegnungserfahrungen durch die Bezugspersonen begründen beim Kind (ab 12 Monaten) den Kontakt und später (ab 24 Monaten) auch die *Beziehungen zu sich selbst* als gleichsam „einem Anderen“, der ich zugleich bin. Das geschieht durch Interiorisierungen (so der Term Vygotskij's für selbstgerichtete Verinnerlichungen von Zuschreibungen aus dem Aussenfeld). Das ICH tritt in Beziehung zum SELBST, etwa im Selbstgespräch, wie Vygotskij lehrt. Ein gesunder, organisierter Mensch kann sagen: „Ich bin mit mir in Kontakt“. Geht dieser aus dem zwischenmenschlichen Miteinander entstandene Selbstkontakt verloren (etwa durch außenverursachte traumatisierende, überflutende Gewalterfahrungen, durch schwere psychische und physische Überforderungen und Überlastungen, die in einen Burn-Out führen, ist der Mensch in einer Krise (Petzold konnte das bei vielen Gastarbeitern in den 60er Jahren, untersuchen, aber auch bei Mitarbeitern in Drogenwohngemeinschaften, Studien aus denen seine **Überforderungs-** und **Burn-Out-Modelle** stammen, die er in diesem Seminar vorgestellt hat vgl. Petzold, H.G., 1968b. Arbeitspsychologische und soziologische Bemerkungen zum Gastarbeiterproblem in der BRD. *Zeitschrift f. Prakt. Psychol.* 7, 331-360; ders. 1969. Les Quatre Pas. Concept d'une communauté thérapeutique. Inst. St. Denis, in: Drogentherapie, Paderborn: Junfermann 1974). Auch innere Überflutungen aufgrund psychotroper Substanzen oder psychotisch-halluzinatorischer Prozesse können solche Krisen auslösen, durch die ein Mensch in

Gefahr gerät, gleichsam den Boden seines Selbsterlebens und seiner Identität zu verlieren. Solches psychotische Krisenerleben muss nach medikamentöser Versorgung und Restabilisierung mit dem Patienten durchgesprochen werden, was selten erfolgt. Die Menschen werden damit meist allein gelassen.

Fast immer sind in solchen Krisen die Beziehungen in den sozialen Netzwerken, den „Konvois“ in Gefahr geraten oder beschädigt und zerstört worden.

In guten Beziehung zwischen Eltern und Kindern, Mann und Frau, zwischen Freunden, in gelingender Erziehung als pädagogischen Beziehungen in Schule und Elternhaus, in therapeutischen Beziehung in Psychotherapie und Soziotherapie sind Situationen gegeben, in denen ein „**Aushandeln von Positionen und Grenzen**“ möglich ist, Souveränität und Identität als ausgehandelte Realitäten geschaffen werden. In der IBT zieht man den Term „Souveränität“ (als ausgehandelter) dem Begriff der Autonomie vor, weil der suggeriert, alles könne nach dem eigenen Nomos/Gesetz gehen, genau das aber geht oft nicht, sondern führt zu Verletzungen, in Konflikte und Krisen.

Krisenintervention ist im wesentlichen ein Geschehen, das verlorene oder beschädigte Relationalität wiederherzustellen bestrebt sein muß. Deshalb muß sie damit beginnen, den „Kontakt“ mit dem Betroffenen herzustellen, was ihm ermöglicht, wieder mit sich selbst in Kontakt zu kommen und wieder „klaren Verstandes“, gestützt auf klare „Mentalisierungen“, d. h. geistige, emotionale Arbeit und Willenskraft zu handeln. Kommt der Krisenhelfer mit dem Betroffenen durch sein **Wahrnehmen** in Kontakt, wird er *b e r ü h r t*. Das ist Voraussetzung für ein empathisches **Erfassen** von Berührendem. In diesem Geschehen wird er ggf. von Bewegendem *b e w e g t*, muß sich dann aber in bewegter Ruhe bzw. in ruhiger Bewegtheit stabil halten, damit der Patient, der vielleicht *a u f g e w ü h l t* oder gar *e r s c h ü t t e r t* ist, an dieser Ruhe wieder Stabilität gewinnen und zu **Verstehen** vermag, was mit ihm Geschehen ist und er sich die Ereignisse **Erklären** kann oder den Erklärungen des Krisenhelfers zugänglich ist, wodurch ihm besonnenes, durch „klare Mentalisierungen“ unterstütztes, selbstbestimmtes **Handeln** wieder möglich wird, er also wieder in die Lage kommt, den handlungssteuernden Mentalisierungsprozeß der Erkenntnis zu vollziehen, den wir in der IBT die „**hermeneutische Spirale**“ bezeichnen. Wie stets in der IBT setzt sie beim „Leibe“ an und schreitet voran von der leibhaftigem Basis ausgehend: **Wahrnehmen** < - > **Erfassen** < - > **Verstehen** < - > **Erklären** – so die Spirale, die konsistentes **Handeln** ermöglicht (wiederum steht jeder Schritt dieses Prozesses in einer versichernden Rückbezüglichkeit auf den Vorgängigen, angedeutet durch die Doppelpfeile). In Krisen ist diese perzeptiv-emotional-kognitive Selbststeuerung oft massiv gestört und muß wieder hergestellt werden, etwa dadurch, daß der Krisenhelfer als „Hilfs-Ich“ (Moreno) diesen mentalen Prozeß für den Patienten und mit ihm vollzieht, bis er durch eine solche „Ko-mentalierung“ in der Lage ist, diesen Prozeß wieder eigenständig durchzuführen.

Bei Kriseninterventionen ist es notwendig, dieses Geschehen zu verstehen, um es zu unterstützen. Alle Techniken und Methoden der Krisenintervention müssen in ein solches Verständnis eingebettet sein.

Im Folgenden sollen Petzold's integrative Krisentechniken, wie er sie in seinem Kriseninterventionsseminar demonstrierte und die Teilnehmer einüben ließ, kurz aufgeführt werden.

## 4. Techniken „innerer Distanzierung“ aus der „Exzentrizität“

### 1.1 Blick aus der Vogelperspektive, vom Berg auf die Lebensstraße

Die Gruppe dieser Techniken hat zum Ziel, bei innerer Überflutung, bei innerer „Konfluenz“ Patienten und Patientinnen aus der eingetretenen „Involvierung“ herauszuhelfen, damit sie wieder eine „Exzentrizität“ gewinnen. Diese Techniken wurden schon in der antiken Therapie bzw. Seelenführung verwendet (Verweis auf Ingelore Hadot, Seneca und die griechisch-römische Tradition der Seelenleitung, de Gruyter, Berlin 1969). So wird die „Vogelperspektive“ von den antiken Autoren empfohlen: sich das Leben, die Lebenssituation „von oben“, „aus der Höhe“ anzusehen. Petzold führt den Patienten in der Imagination auf einen Berg und läßt ihn aus der Höhe auf sein Leben am Fuße des Berges blicken. Alles ist klein, relativiert. Eine Straße aus der Vergangenheit kommend zeigt, wie viel Lebensstrecke schon durchmessen ist, wieviel an Entwicklungsaufgaben schon gemeistert wurden (Havighurst, R.J., *Developmental tasks and education*, David McKay, New York 1948). Sich in Zukunft weit bis in den Horizont fortführend zeigt die Straße, wie viel an **Bewältigungsmöglichkeiten (coping)** und wie viel an **Gestaltungsmöglichkeiten (creating)** noch da ist. Damit wird die gegenwärtige Krisenzeit eine passagere Strecke, ein schwieriges Wegstück auf dem Lebensweg, daß aber gemeistert werden kann. Die „Philosophie des Weges“ der IBT, die das menschliche Leben als „Wegerfahrung“ mit guten wie schlechten Erfahrungen, mit Gefahrenstrecken und Rastplätzen der Sicherheit, sicheren Orten sieht (s. u.) wird so dem Menschen deutlich und er erkennt auch, daß er mit einem, guten, starken **Konvoi** unterwegs ist oder auch mit einem schwachen „Weggeleit“ und das gilt es zu ändern. Die professionellen Krisenhelfer sind, wo das natürliche Netzwerk (familiales, amikales, kollegiales Netzwerk), das den Konvoi bildet, schwach und ressourcenarm ist, jetzt als ein professionelles Netzwerk der Hilfeleistung eingetreten. Das wird dem Patienten bewußt gemacht, während er mental wieder vom Berg an der Seite des Helfers heruntersteigt in seine Gegenwartssituation aber mit einem anderen Bewußtsein, einer anderen Situationsbewertung und dem Wissen, daß er über **Bewältigungsfähigkeiten (coping)** und Möglichkeiten  **kreativer Gestaltung (creating)**, sowie über soziale Hilfen und Helferinnen verfügt. Das Gestalten verlangt aber auch vom Betroffenen oft *kognitive* Neubewertungen im Sinne neuer Einstellungen zum Geschehen und *emotionale* Umwertungen, im Sinne anderer gefühlsmäßiger Wertsetzungen was seine Lebenslage anbetrifft. Dabei gibt der Krisenbegleiter Hilfen.

### 1.2 „Bühnentechnik“ – Veränderungen von Szenen und Szenenfolgen im Lebensspiel

Eine weitere Technik zur „Inneren Distanzierung“ wird vorgestellt. Der „Patient“ X, ein Gruppenteilnehmer, setzt sich mit dem begleitenden Therapeuten mental ins „Theater“ (oder „Kino“) und schaut in der Imagination auf der Bühne/der Leinwand dem eigenen Lebensstück zu. Mental geht man einige Szenen rückwärts um zu sehen: Wie ist es zu der Krise gekommen. Der Patient erzählt, ermutigt durch den Therapeuten, die Szenen seiner Geschichte aus der Draufsicht, also aus einer distanzierten Position. In diesem narrativen Geschehen ist der Therapeut Begleiter, anregender Fragender und unterstützender Beistand. Auch hier wird deutlich: das Krisengeschehen ist nur eine Reihe von Szenen im Spiel des Lebens, im *mimus vitae*, bei dem es nun wichtig wird, die nächsten Szenen so zu gestalten, daß das Leben in gelingender Weise weiter gehen kann. Dabei sind die besonnene, kognitive Neueinstellung zu den Geschehnissen und die emotionale Neubewertung der

Ereignisse aus der „inneren Distanz“ von zentraler Bedeutung, denn, wie schon Markus Aurelius in seinen (Selbstbetrachtungen, übers. A. Wittstock, Reclam, Stuttgart 1949) deutlich gemacht hat, kommt es darauf an, seine Einstellungen zu den Dingen zu verändern (oft das einzige, was man tun kann), und dann kann man in neuer, anderer Weise mit dem Leben wieder beginnen. Das wird den Patienten sorgfältig erklärt. Auch Ferenczi (1919 Schriften II, 11-24) hatte betont, daß man autoplastisch reagieren kann (Perls 1969 sprach von „creative adjustment“, kreativer Anpassung), wo man Situationen nicht alloplastisch verändern kann, was Petzold über Perls hinausgehend als „creative change“ bezeichnet hat. Diese kreative Veränderung kann aber auch auf der mentalen Ebene geschehen, wenn man die Situationsbewertung verändern **w i l l**. Volitionstherapeutische Arbeit spielt in der IBT eine große Rolle. Der Wille muß zur Unterstützung beigezogen werden und zwar im Unterschied zum klassischen Ansatz von Perls (1969), der keine „*shoulds and oughts*“ zuließ, auch im Unterschied zu Freud, der dem Willen mißtraute, ihm keine Bedeutung zumaß (anders als sein Schüler Otto Rank). Hier folgt die IBT den volitionspsychologischen Ideen von A. Lurija und L. Vygotskij.

Die Bühnentechnik wird von Petzold oft in mehreren Sitzungen als Imaginationsarbeit auf der „mentalen Ebene“ als Krisentechnik durchgeführt. Dabei wird die Geschichte „umerzählt“. In der „*narrativen Praxis*“ der IBT wird, die die gestalttherapeutische Fixierung auf das „Hier und Jetzt“ und die Abneigung von Fritz Perls (1969) gegen das „Geschwätz“ der Patienten überschritten, weil man die Bedeutung des Erzählens für den *homo narrans*, den Menschen, dieses „Geschichten erzählende“ Wesen, erkannt hatte. „Ich **will** meine Geschichte umerzählen!“ – „Ich **will**, daß diese alten Geschichten keine Macht mehr über mich haben!“ – „Ich will eine neue Geschichte, **meine** Geschichte erzählen!“. Mit dieser Technik ist wieder das Eröffnen eines neuen Zukunftshorizontes, der in der Krise oft verstellt ist, verbunden. Es wird die Lebensphilosophie der IBT herausgestellt und vermittelt: „**Mache Dich selbst zum Projekt!**“ – „**Beginne mit einem neuen Projekt in Deinem Leben!**“

### 1.3 „Five Years from Now“ - Blick aus der Zukunft zurück

In der IBT spielt die Arbeit auf der Zeitachse eine große Rolle. Der „Hausphilosoph“ des Verfahrens, Heraklit, sagte bekanntlich: „Man steigt niemals in den gleichen Fluß“. „Das Leben geht weiter!“, diese Weisheit muss in der Krisenintervention vermittelt werden, und damit es nicht nur ein banaler Spruch bleibt, verwendet die IBT Techniken aus der „Imaginativen Therapie“ (*Frétigny, R., Virell, A. 1968: L'imagerie mentale. Introduction à la ornirothérapie. Lausanne: Editions Mont Blanc*) von Pierre Janet und Robert Desoille, die Petzold bei André Virell im „L'Arbre Vert“ in Paris kennen lernte. Im „Geleiteten Tagtraum“ wird der Patient in einem leichten Hypnoid in der Imagination in die Zukunft geführt, „fünf Jahre von hier“ (oder auch mehr), eine Technik, die auch Moreno als psychodramatische „Zukunftsprojektion“ verwendet hat, wobei er die Imaginationen dann auch durchspielen ließ (vgl. *Petzold, H.G., 1971j. Die psychodramatische Technik der Zukunftsprojektion. Referat VI. Intern. Kongr. f. Psychodrama und Soziodrama, Amsterdam 22.-26. Aug. 71, Proceedings*). Wieder wird der Patient auf einen Hügel geführt auf eine Bank unter einem großen Baum, an einen „sicheren Ort“ also, um von dort auf die Lebensstrecke aus der Zukunft zurück zu blicken. Wichtig ist dann, einen Ort zu finden, der nach der Überwindung der Krise erreicht werden kann, und wo die Zeit wieder ruhiger geworden ist. Das wird mit dem Patienten erarbeitet, so daß ihm eine „Exzentrizität“ zum Hier-und-Heute ermöglicht wird und er für das Fließen, Verfließen der Zeit sensibilisiert werden kann sowie das Gefühl einer „Überwindungsleistung“ antizipatorisch erschlossen wird. Die Möglichkeit der

„Vergestrigung“ von Belastendem wird so evident und erlebbar, so daß Stressgefühle abklingen können und Ruhe gewonnen wird.

Dieser Blick aus der Zukunft, der Hoffnung schafft und Zuversicht, wird mental verfügbar gemacht, indem der „sichere Ort“ suggestiv so verankert wird, so daß er leicht abgerufen werden kann, wenn quälende Gedanken aufkommen, genauso wie der Ort in der Zeit, an dem die Krise überwunden sein wird, damit der Patient wieder das Gefühl der verflissenen Zeit und der Überwindungsleistung erleben kann.

Die Techniken der „Inneren Distanzierung“ müssen natürlich der Problemsituation und der Lebenslage und der Persönlichkeit des Patienten und der Patientin angemessen eingesetzt werden.

## 5. Techniken der „Beruhigung und Stabilisierung“

Krisen sind zumeist mit einem „Überforderungserlebnis“ verbunden, wie es Mierke (Wille und Leistung, Göttingen: Verlag für Psychologie 1955) beschrieben hat, ein Ansatz der in der IBT aufgenommen wurde (z. B. in *Petzold, H.G.*, 1968c).

Überforderungserlebnis und nostalgische Reaktion als pädagogisches Problem an Auslandsschulen. *Der deutsche Lehrer im Ausland* 1, 2-9). Mit Krisen sind also stresshaft erlebte Labilisierungen des personalen Systems eines Menschen verbunden, Erregungs- und Beunruhigungszustände, die beruhigt werden müssen, damit Stabilität wieder gewonnen werden. Dafür ist beruhigende Ansprache unverzichtbar. Die in der Lage tiefe „Beruhigungs- und Troststimme“ des Therapeuten nutzt in einem „talk down“ das Potential der emotionalen Ansteckung, das in der IBT immer wieder eingesetzt wird. Der hohe Erregungstonus kann so herabreguliert werden. Der Therapeut knüpft damit an Erfahrungen der Beruhigung an, die fast jeder Menschen in seinem Leben erlebt hat. Er evoziert Stimmungen der Ruhe und Sicherheit im Kontext, in dem das Krisengespräch stattfinden. Damit wird ein „sicherer Ort“ geschaffen. Der Therapeut bzw. die Therapeutin muss versuchen, atmosphärisch einen „gastlichen Raum“, einen „espace de convivialité“ mit einer unbelasteten Stimmung zu schaffen, damit der Patient restabilisiert werden kann. Einige Möglichkeiten wurden methodisch aufgezeigt.

### 2.1 Der „Sichere Ort“ – „Orte der Kraft“

Viele Menschen hatten in ihrem Leben „sichere Ort“ – auf dem Schoß der Mutter, den Knien des Großvaters sitzend, oder in seinem Lehnstuhl, in einem Baumhaus oder auf einer Bank unter der Linde auf dem Berg oder vor dem Haus unter den Spalier oder vor einer Kapelle oder in ihr. Der Therapeut fragt nach solchen sicheren Orten. „Wo hatten Sie im Leben Orte, an dem Sie sicher und geborgen fühlten, wo Sie Zuflucht finden konnten? Das kann lange oder auch nicht so lange zurück liegen!“ – Der Patient wird eingeladen, von diesem Ort zu erzählen, ihm wird gesagt, daß das eine beruhigende Wirkung habe. Und in der Tat wird aus dem „Leibgedächtnis“ das *Geborgenheitsgefühl*, für die Krisenintervention so wichtig, evoziert. Petzold läßt den „sicheren Ort“ multisensorisch genau beschreiben, so daß aus allen Sinnesmodalitäten Abspeicherungen in der Erinnerung lebendig werden – Farben, Geruch, Berührungsqualitäten etc. Er läßt die Stimmung so stark werden, als ob sie heute real anwesend sei – alle Teilnehmer werden emotional angesteckt. Aus dieser „atmosphärischen Präsenz“, wie sie Hermann Schmitz beschrieben hat, dieser für die Integrative Leibtherapie so wichtige Autor (Schmitz, H., *Das leibliche Befinden und die Gefühle*, Zeitschrift für Philosophische Forschung 28, 1974, 325-338). Der „sichere Ort“ wird darauf gut verankert. Darunter versteht man in der IBT, das mehrfache „aufrufen“ der Erinnerung mit einem Phantasienamen, den man ausgewählt hat, nachdem man die gute Erinnerung mehrfach „fortgeschickt“ und

durch andere Erinnerungen oder Realwahrnehmungen im Raum ersetzt hat. Dieses mehrfache Abrufen setzt das Prinzip der Ablationshypnose ein (Kleinsorge, H. Klumbies, G, Psychotherapie in Klinik und Praxis. München: Urban und Schwarzenberg 1959; dieselben, Technik der Hypnose für Ärzte, Jena: Fischer 1962), deshalb ist ein völliger Phantasienahmen so wichtig, damit kein Zufallsabruf erfolgt (Harut, Forung, Glason etc.). Dann läßt man eine kleine Szene mit einem etwas unangenehmen Inhalt erinnern. Ist sie da, wird der „sichere Ort“ (hier Glason genannt) vom Patienten verbal aufgerufen und er taucht bei guter Verankerung dann auch auf und wirkt so stark, daß die unangenehme Stimmung verschwindet. Das Abrufen wird als „Hausaufgabe“ – eine in der IBT häufig eingesetzte Technik – zum Einüben gegeben (mehrfach täglich auszuprobieren, damit es sich gut einschleift). Diese Technik ist auch als Krisenprävention bei Patienten einzuüben, bei denen man mit Zeiten der Labilisierung rechnen muß. Für den Fall, daß Patienten keine eindeutig sicheren Orte finden, ist es auch möglich, einen „Ort der Kraft“ mental herzustellen. Was Petzold im Seminar demonstrierte. Er begann mit der Frage an den Probanden: „Was müsste einen sicheren Ort für Sie kennzeichnen?“ – „Er müsste hoch im Gebirge liegen, unzugänglich, mit guter Sicht.“ – „Nun, dann stellen Sie sich einen guten Platz, einen „Ort der Kraft“ vor. Wie sieht er aus?“ – „Eine richtige Burg, mit Türmen und Zinnen. Hohe Bäume, ein schöner Ort, nicht düster!“ - „Geben Sie ihm einen Phantasienamen, der mit keinem anderen verwechselt werden kann.“ – „Ich nenne sie Arbos-Burg!“ – „Gut. Sagen Sie: 'Arbos, mein Ort der Kraft!' mit kräftiger Stimme! – So, und jetzt schauen Sie hier im Raum zum Fenster heraus, auf die Häuser! – Und rufen Sie jetzt das Bild von Arbos auf.“ – „Arbos, mein Ort der Kraft ... ja, das funktioniert, ich kann das spüren, ein guter Platz!“ – „Den verankern wir jetzt. Denken Sie jetzt einmal an diesen unangenehmen Kollegen, von dem sie sprachen! ... Und jetzt rufen Sie Arbos auf! ... Gut so!“ – „Ja, es geht!“

Zum „Ort der Kraft!“ kann man sich zurückziehen, um zu meditieren, sich zu entspannen, zur Ruhe kommen. Die Übung sollte im Liegen, im Sitzen, im Stehen und im Gehen eingeübt werden, damit man sie in jeder Lage aufrufen kann. Im Stehen stellt man sich in eine „zentrierte“ Position, wie man sie aus der Kampfkunst in der IBT kennt und einübt (auch in der Biogenergetik gibt es solches „centering“). Im Sitzen wird gleichfalls auf die Zentrierung geachtet, wobei die Atemstütze fokussiert wird. Es gibt in der IBT noch viele andere leibzentrierte Techniken, die man bei den Krisenübungen zusätzlich einsetzen kann.

## 2.2 „Innerer Konvoi“

Sozialisation geschieht durch die leibhaftige Verinnerlichung von „significant others“, wie George Herbert Mead verdeutlicht hat: von Säuglingszeiten an. Das Kind wird aus der Sicherheit des Mutterschoßes in den „Schoß der Familie“ hineingeboren, ist gleichsam *ab ovo* sozial, deshalb kann Sozialisation sei als Begriff eigentlich nur ein weiteres Sozialwerden bedeuten. Die Polyade des familialen Netzwerkes und seine Personen sollten fortan das Weggeleit, der „**Konvoi**“ – so nennt Petzold in der IBT das soziale Netzwerk in der Zeit – dieses Kindes durch Kindheit und Jugend sein, und dann angereichert durch eigene Freundschaften durch das Leben. Ist der Konvoi stark und sicher, ist der Mensch durch ein gutes Netz gesichert. Ist er schwach, ressourcenarm, unsicher oder gefährlich (durch familiäre Mißhandler z. B.) ist das Kind gefährdet. Das Netzwerk wird vom Kind aktual erlebt und **interiorisiert** (Vygotskijs Term für eine Verinnerlichung, die das Erfahrene auf sich selbst, sich selbst gegenüber anwendet: Gutes läßt mich gut zu mir sein, erlebter Trost ermöglicht Selbsttröstung, erlebte Negativität führt zu einer negativistischen



Einstellung sich selbst gegenüber, überfordernde Ansprüche der Umgebung führen zur Tendenz, sich selbst zu überfordern, Strenge zu Strenge gegen sich selbst usw. – und gegenüber anderen natürlich auch, das Selbst wird vom Ich über die Interiorisierung wie ein „anderer“ behandelt). Die Diagnose des aktuellen Netzwerkes/Konvois ist Aufgabe jeder Krisenintervention und es wird dabei auch wichtig, wenn irgend möglich, einen Eindruck von der Geschichte des Konvois und von seiner Qualität zu erlangen. Dazu hat Petzold die Metapher der beiden „inneren Konvoi-Bänke“ (manchmal sagt er auch „Überich-Bänke“) erfunden. Wird auf der Lebensstraße nämlich Rast gemacht, dann setzen sich die Menschen des Konvois zum Ausruhen auf zwei Bänke, eine links eine rechts das Weges. Auf der einen, der Positiv-Bank sitzen all die netten Leute, die eine „Fünf gerade sein lassen“, Lob und Zuspruch geben, herzlich und fröhlich sind. Auf der anderen, der Negativ-Bank sitzen all die griesgrämigen Meckerer, die jede Kleinigkeit kritisieren, mit Abwertungen und Tadel nicht sparen, unleidlich und mißgestimmt sind. Manche Leute im Konvoi wechseln die Bänke immer wieder, sind mal so mal so, unberechenbar, Launenschweine. Ist die reale und die verinnerlichte Negativ-Bank sehr stark, dann schwächen diese Interiorisierungen den Menschen, sie vergiften ihn, machen ihn übellaunig, besonders wenn die verinnerlichte Positiv-Bank schwach besetzt ist. Bei einer solchen Bestandsaufnahme wird natürlich auch ein Therapieziel klar: es müssen neue Freundschaften, Kollegen und Bezugspersonen in den Konvoi hineinkommen, Netzwerk und Beziehungsarbeit werden nötig, damit die Negativ-Bank in ihrer Gewichtigkeit geringer wird. In der Krisensituation tritt der Krisenhelfer „auf Zeit“ in den realen Konvoi des Betroffenen ein, wird ihm zum sichernden Weggeleit, bis er wieder alleine gehen kann. Oft geschieht es auch, daß ein Krisenhelfer oder ein Therapeut, der durch die Krise begleitet, durch die rettende Hilfe, die er leistete, stark verinnerlicht wird und zur Positiv-Bank hinzugefügt wird. Er ist dann durchaus auch als „innerer Beistand“ geeignet.

### **2.3 „Innere Beistände“, „Innere Mannschaft“**

In alten Tagen hat man Seelsorger angerufen, bei denen man Rat, Hilfe, geistigen Beistand bei persönlichen seelischen, somatischen, sozialen und materiellen Krisen erhielt. Oft pilgerte man zu solchen besonderen Leuten, die im Ruf der Heiligkeit standen, wie zum Beispiel die heiligen Styliten (seit dem 4./5. Jh., Petzold hat über sie wissenschaftlich gearbeitet, vgl. *Petzold, H.G. 1972IIb: Zum Frömmigkeitsbild der heiligen Säulensteher. Kleronomia 2, Thessaloniki 1972, 251-266*). Man hat dann oft eine kleine Tonfigur des Heiligen auf seiner Säule als ein «Zeichen der Kraft» (siehe unten) bzw. als „Unterpfand des Beistandes“ von der Pilgerfahrt zurückgebracht. Diese Praxis wurzelt – unter einer psychologischen Perspektive betrachtet – in der Kraft der Erinnerung und der Imagination.

In der IBT sprechen wir von „Inneren Beiständen“, Personen auf der „Positiv-Bank des Konvois“ sitzen. Als Krisenprävention bei labilen Patienten und auch als Krisenintervention werden solche Personen im Realkontext des Lebens ausgemacht und auch im biographischen Kontinuum gesucht.

Petzold mit einem Semniarteilnehmer: „Versuchen Sie in der Erinnerung an ihre durchschrittene Lebensstrecke Menschen zu finden, bei denen Sie sich gut und sicher erlebt haben, von denen Sie sich richtig gesehen und verstanden fühlten – es ist ganz gleich wie alt sie waren!“ Der Teilnehmer kann sich an einige Personen erinnern. „Aber die sind so gemischt, die waren auch oft unleidlich, nicht stabil ... bis auf meine Großmutter, Vaters Mutter. Bei der war es gut, aber die hat nicht so lange gelebt.“ – „Können Sie sich gut an sie erinnern, ein Bild bekommen, versuchen Sie es jetzt?“ .... – „Ja, ich habe jetzt ein klares Bild, wie sie so in ihrem Lehnstuhl sitzt,

mit der Katze auf dem Schoß. Aber die muss runter, wenn ich komme.“ – „Dann geh mal jetzt zu ihr hin. Wie redest Du sie an“ [P. wechselt ins Du]. – „Oma! Das war die Oma-Bonn, weil die in Bonn wohnte. Die hatte immer eine Kleinigkeit für mich und die hat mir meine Lieblingsgeschichten vorgelesen. Bei ihr habe ich mich gut gefühlt!“ – „Spürst Du das jetzt?“ – „Ja, das kann ich gut spüren, ich fühle ein ganz warmes Gefühl im Herzen!“ – „Versuche das ganz fest zu halten. Wir werden Oma-Bonn jetzt als Beistand verankern. ... Verändere Deine Körperhaltung, halte dabei das Gefühl fest, denke an irgendeinen Ärger aus der letzten Zeit, komme mit ihm in Kontakt, ohne die innere Großmutter zu verlieren. Geht das?“ – „Ja das geht, sie wird nicht schwächer in ihrer guten Präsenz!“ – „... und der Ärger?“ – „Der berührt mich nicht sehr stark, ist irgendwie unwichtig!“ – „Das ist sehr gut, genau so muß das sein. Geh jetzt wieder nur zur ihr hin und sage leise: 'Oma-Bonn, danke!' und bleibe eine Zeit in dem Gefühl der Dankbarkeit! Dankbarkeit ist ein großes, heilsames Gefühl – gut für den, der Dank empfängt und gut für den, der dankt! Man müsste Dankbarkeit wie so manches andere der *sanften Gefühle*, die und in der IBT so wichtig sind, oft aufrufen und noch öfter im täglichen Leben praktizieren“.

„Innere Beistände“ – man kann auch für verschiedene verschiedene Probleme herausarbeiten, wie bei dem Klienten des obigen Beispiels, der die Großmutter für Gefühle des Verlassenseins und später einen Jungscharführer aus seiner Jugendgruppe als Beistand für Auseinandersetzungen („Der war mutig, hatte Zivilcourage!“) für sich herausarbeitete.

Findet ein Patient keinen oder keinen geeigneten Beistand, so kann man wieder einen imaginären Beistand schaffen. Petzold: „Wenn Du Dir einen Beistand aussuchen könntest, wäre das ein Mann, eine Frau?“ – „Ein Mann!“ – „Wie alt sollte er sein, wie aussehen?“ – „So um die sechzig, graue Haare, ein wenig weiß schon, das Gesicht ruhig, ein wenig braune Haut.“ – „Kannst Du das Gesicht dieses Mannes jetzt schon sehen?“ – „Ja, ein wenig vage, aber ich kann es sehen.“ – „Welche Augenfarbe hat er? Spüre seinen Blick auf Dir ruhen, wie fühlt sich das an?“ – „Gut und warm. Er hat braune, gütige Augen. Sein Blick ist klar und fest, versichernd.“ – „Kannst Du die Sicherheit spüren, die von ihm ausgeht?“ – „Ja, das geht gut!“ – „Dann gebe diesem Beistand einen Namen, der zu ihm passt. Sprich ihn aus und gebe Deiner Stimme den Klang, der für Dich richtig ist!“ – „Joonas, Jonas, Jónas, ... ja, so, das letzte stimmt.“ – Wieder wird der Beistand verankert und er wird immer mit der Stimme in der „richtigen“ Intonation herbeigerufen: „Jónas!“

Manchmal ist es in schwierigen Situationen gut, wenn man nicht nur *einen* Beistand hat – *einen* besten Freund, *eine* beste Freundin –, sondern wenn man einen verlässlichen Freundeskreis zur Verfügung hat, der Hilfen gibt, wenn sie gebraucht werden, der beispringt, einspringt. Wenn solche Freude da sind, werden sie als **Polylade** verinnerlicht und bilden dann, wie Petzold das genannt hat, eine „innere Mannschaft“, die man um sich versammeln kann, wenn man in seelische Not gerät. Im Seminar wurde mit Hilfe der in der IBT von Hilarion Petzold und Johanna Sieper entwickelten Arbeit mit „kreativen Medien“ auf einem großen Bogen Packpapier von jedem seine „**Innere Mannschaft**“ mit Wachsstiften gezeichnet. Jeder Beistand erhält dabei seinen Namen. Auf einem separaten Blatt wird dann zu jedem Namen ein „Satz des Zuspruchs“ geschrieben, der von der jeweiligen Person gekommen ist oder hätte kommen können. Weiterhin wird aufgeschrieben, für welche Art des Problems oder der Belastung dieser Beistand dienen könnte. Ist die Mannschaft nicht sehr stark, wird sie durch die professionellen Helfer verstärkt, die eingezeichnet werden. Weiterhin ergibt sich daraus eine Aufgabe für Therapie und Beratung, dass nämlich im realen Leben Freunde erworben werden müssen. Manche Menschen müssen dabei erst in der und durch die Therapie erfahren, dass sie

„liebenswerte Menschen“ sind, andere aber auch, wie sie (wieder) „liebenswerte Menschen“ werden – und das ist zuweilen nicht einfach, denn „Bei wem die erprobten Freunde nicht lange ausharren der ist unverträglich“ (so Demokrit 100, Diels). Einsatz und Übung sind also erforderlich, ein guter Freund zu werden. Petzold unterstreicht: „Welche Bedeutung Freunde und Freundschaft für Sicherheit, Wohlbefinden, Gesundheit und Lebensglück haben, musste Dionysios der Tyrann von Syrakus erkennen und Demokrit aus Abdera, der bedeutende Philosoph (um 460 v. Chr.– um 370 v. Chr.) – neben Heraklit in Vielem ein Leitbild für den Integrativen Weg – belehrt uns 'Wer keinen einzigen braven Freund besitzt, ist nicht wert zu leben' (Fr. 99 bei Diels) und ist in großer Gefahr. Nur die Psychotherapeuten haben bislang die Bedeutung der Freundschaft nicht begriffen. Es gibt hierzu nichts Substantielles. Aber wo kämen wir hin ohne Freunde? Sie sollten deshalb nicht nur in Kriseninterventionen Beachtung finden. Bei mir sind die *amikalen Netzwerke* in jeder Integrativen Therapie ein zentrales Thema, denn Freundschaften, Freundschaftsnetzwerke muß man pflegen und wenn man Freunde verliert, dann muß man sich um neue bemühen.“

## **6. Techniken der „Selbstprotektion“**

Eine wichtige Fähigkeit, die ein Mensch in seiner Sozialisation erwirbt, ist die der „Selbstprotektion“. Selbstschutz gründet in der Erfahrung, geschützt worden zu sein. Schützende Krisenintervention bietet Erfahrungen, die Interiorisiert und damit sich selbst gegenüber angewendet werden können, also zur Fähigkeit des Selbstschutzes beitragen.

### **3.1 „Worte der Kraft“ und des „inneren Zuspruchs“**

Zauber- und Bannsprüche, Gebete, Flüche und Segenssprüche, magische Beschwörungsformeln sind „Worte der Kraft“ die als *Verbalmagie* seit ältesten Zeiten in allen Kulturen verwendet werden, wie die babylonischen Labartu-Texte mit „Babylonischen Beschwörungsformeln nebst Zauberverfahren gegen die Dämonin Labartu“ deutlich machen, die David Myhrman 1902 in Band 16 der „Zeitschrift für Assyriologie und Vorderasiatische Archäologie“ publiziert hat oder wie man an den „Gebeten und Hymnen an Nergal“, diesem altorientalischen Kriegsgott ersieht, denen Joseph Böllenrucher seine Dissertation gewidmet hat (Leipzig, J.C. Hinrichs, 1904). Aus unserem Kulturkreis kennen wir die „Merseburger Zaubersprüche“, die Jacob Grimm 18452 herausgegeben hat. Petzold erzählt hier aus dem Hintergrund seiner frühen Beschäftigung mit der Altorientalistik, wo er sich mit solchen „Sprüchen der Heilung“ befasst hat oder mit „Zeichen der Kraft“ wie Feldzeichen und Wappen (vgl. *Petzold, H.G.: Die Bedeutung von Ariel im AT und auf der Mescha-Steile, verbunden mit einem Beitrag zur altorientierten Feldzeichenkunde. Theologia 1/4, Athen 1969, 372-415*). Es geht hier keineswegs um eine magisierende Praxis. Krisenintervention ist dem „Realitätsprinzip“ verpflichtet, das Pierre Janet formulierte und betonte und von dem es dann Freud übernahm. Magisierung ist im Krisenkontext gerade bei psychosegefährdeten oder borderline erkrankten Menschen kontraindiziert. Die Wirkungen müssen deshalb auf die in solchen Praktiken vorhandenen psychologischen Faktoren gegründet werden. So induziert in „Worten der Kraft“ das beruhigende rhythmisierte Sprechen einen tranceähnlichen Ruhezustand, weiterhin entspannt die in der Tonlage gesenkte „Trost- und Beruhigungsstimme“. Die menschliche Stimme hat eine sehr starke Wirkung. Wenn etwa mit ihr zu Beginn eines Krisengesprächs beruhigend gesagt wird: „Jetzt kommen Sie erst einmal hier

an .... Setzen Sie sich, hier ist ein Stuhl ... und kommen Sie zur Ruhe! ... Erzählen Sie jetzt einfach einmal ohne Hast, was geschehen ist. ... Wir werden alles für uns mögliche tun, ihnen zu helfen!“, dann wird der Patient beruhigt und zutraulich. Solcher „Talk-Down“ hat die Qualität eines beruhigenden, versichernden Zuspruchs, wie ihn gute Eltern ihren Kindern zu Teil werden lassen, wenn sie beunruhigt sind. Wir fragen im IBT-Krisengespräch, ob sich die Menschen an eine „gute, beruhigende Stimme“ aus ihrer Biographie erinnern, die ihnen Trost gegeben, sie beruhigt, ihnen Mut zugesprochen hat. Man kommt damit oft an „innere Beistände“ (siehe oben). Man gibt folgenden Hinweis: „Um sich zu beruhigen, hören sie auf den Klang der beruhigenden Stimme des Vaters, der Großmutter“ usw. Es wird dann dem Patienten geraten, sich mit der eigenen „Beruhigungs- und Troststimme“, über die jeder Mensch verfügt, Trost oder Mut zuzusprechen. Kinder sprechen oft mit sich und wiederholen dabei häufig elterlichen Zuspruch. Hier bezieht sich die IBT auf die Konzepte von Vygotskij (russ. 1934, übers. als Denken und Sprechen. Hrsg. von Johannes Helm, eingeleitet von Thomas Luckmann, Berlin: Akademie-Verlag 1964). Dieser sieht eine fundamentale Verbindung zwischen stillem Sprechen und ausgesprochener Sprache. Kleine Kinder denken deshalb oft „laut“ und regulieren damit ihr Verhalten. Die Inhalte solcher Regulation erhalten sie aus dem kulturellen Wissen, das ihnen die soziale Umgebung, Eltern, Großeltern usw. vermitteln. Sie sprechen damit im Selbstgespräch *Dialoge* und *Polyloge*, die aus dem sozialen Netz, der sozialen Polyade in sie „eingewandert“ sind. Das gilt es zu beachten. Leider werden ihnen die Selbstgespräche vielfach als unschicklich aberzogen. Die IBT sieht solche selbstgerichten inneren Dialoge bzw. Polyloge indessen als hilfreich an und ermutigt sie in ihrer Vielfalt, denn sie sind in ihrer „Polyphonie“, so nannte der russische Sprachphilosoph Michail Bachtin das, der Reichtum einer vielfältigen Person. Deshalb verordnen wir Selbstgespräche, Polyloge mit sich selbst im Sinne einer Krisenhilfe und einer Selbsthilfe, ja Selbsttherapie. Es gibt viele Menschen, die solche „Selbstgespräche“ führen, besonders alte Menschen finden wieder zu ihnen, weil sie aus dem Altgedächtnis im Alter leichter hochkommen. Innere Polyloge als Krisenintervention zu ermutigen, bedeutet aber auch, daß der Patient darauf verpflichtet und durch Erklärungen instruiert wird, daß er sich *positiven Zuspruch* geben muß, ein „gutes Zureden“ praktizieren muß, Zuspruch, der aus den noch intakten Seiten seiner Persönlichkeit kommen sollte. Menschen sind ja vielfältige Persönlichkeiten haben ja viele Seiten, die man im Krisengeschehen nutzen muss. In Dyaden werden im Seminar solche unterstützende „Selbstopolyloge“ als vom Begleiter beobachtete und ggf. korrigierte Gespräche mit sich und zu sich selbst eingeübt. Es wird dann auch nach kräftigenden, tröstenden Texten gesucht. Viele Menschen haben Trosttexte, ein Trostgebet, den Text eines Psalms (vgl. Trostpsalme wie Ps 23, 52), ein Bibeltext, ein Kirchenlied, einen Konfirmandenspruch, aus denen sie Kraft beziehen. Auch literarische Texte, Gedichte, Spruchweisheiten findet man immer wieder. Sie können auch im Sinne einer Posietherapie, eine Methode in der IBT, angeboten werden. Es eignen sich etwa die Sinnsprüche, die Rubai'yat, des persischen Dichters, Mathematikers und Philosophen Omar Khayyām (in der deutschen Übersetzung von Friedrich Rosen 1912). Auch kann man den Patienten ermutigen, dass er sich einen eigenen „Text der Kraft“ erarbeitet (die Haiku Form eignet sich gut), die er wie ein Mantra zur eigenen Beruhigung oder Tröstung murmelnd meditiert, wobei die rhythmische Rezitationsform beruhigt. Diese „Texte der Kraft“ können wiederum „verankert“ werden, wie das voranstehend schon beschrieben wurde. In widrigen Situationen kann ein solches Wort – gemurmelt oder in Gedanken aufgerufen – gegen die aufgekommene Negativität gestellt werden.

Natürlich können Menschen mit entsprechender Affinität auch auf klassische buddhistische Mantras zurückgreifen oder auf das orthodoxe Jesus-Gebet.

### **3.2 Zeichen der Kraft**

Wie die „Worte der Kraft“ gibt es auch Bilder, Zeichen, figurale Symbole, die eine protektive Funktion gewinnen können. Heiligenbilder, Wappen, Glücksbringer, Talismane, Amulette mit apotropäischer, Unheil abwendender Funktion finden sich in allen Kulturen. In Babylonien und Assyrien wurden Feldzeichen oder im Alten Testament Kultgegenstände wie die Bundeslade vor dem Heer oder in vorderster Linie getragen als Repräsentation eines Kriegsgottes, im römischen Heer das „numen legionis“, später dann das „vexillum regis“, das Königsbanner, Kriegsfahnen, als Zeichen der Macht und des Siegeswillens. (siehe oben Petzolds Arbeit über altorientalische Feldzeichen). Wieder geht es im therapeutischen Kontext um keine Magisierung, keine Zauber-Praxis, das wäre „fauler Zauber“, das sei nochmals betont, sondern um Symbolisierungsprozesse. Symbole „verdichten“ Zusammenhänge in einem Zeichen und können so Vielfältiges transportieren. Das Kreuz ist für Christen bekanntlich ein solches Symbol (vgl. Johanna Sieper, Das Mysterium des Kreuzes in der Typologie der alten Kirche. Kyrios 9, 1969, 1-30; 65-82). In der Krisenintervention macht die IBT sich solche Symbolfunktionen zu Nutze. Manchmal hat ein Familienschmuck, ein Ring (man denke an die „Regard- oder Dearest-Ringe) oder eine Halskette eine versichernde, tröstende Funktion oder ein Foto in der Briefftasche. Solche Gegenstände sind mit Erinnerungen „geladen“, und sind es gute Erinnerungen, dann haben solche Objekte einen stabilisierenden Effekt, wenn man in der Betrachtung des Gegenstandes die Geschichten evoziert und erzählen lässt, die in ihm gleichsam „gespeichert“ sind (er ist eigentlich ein Trigger für den Speicher des Leibgedächtnisses). Als Krisenpräventionstechnik wird im Seminar ein Themenbild gemalt: „Meine heilsamen Erfahrungen und guten Quellen“. Auf einem großen Packpapierbogen zeichnen die Teilnehmer in symbolischer oder figuraler Form alles, was ihnen an Gutem aus ihrer Biographie einfällt. In der Bearbeitung des Bildes werden die positiven Stimmungen evoziert und in Kleingruppen die dazu gehörigen Geschichten erzählt. In einem zweiten Gestaltungsschritt wird dann das Bild auf die Größe eines normalen Zeichenblocks verkleinert und „verdichtet“. In der Therapie läßt man in Form von Hausarbeiten das Bild immer weiter verdichten, bis daß es Postkartengröße hat. Zumeist kommen sehr schöne, ausdrucksstarke Bilder in diesem Prozess zu Stande und es können die positiven Gefühle gut aufgerufen werden. Sie bilden eine „Essenz des Positiven“. Oft werden die Bilder nochmals verkleinert, so daß sie in eine Briefftasche passen. Dann beginnt man, das Bild zu „verankern“: Man evoziert leicht belastende Szenen und läßt auf das Bild schauen, hält es „dagegen“. Wieder wird der Effekt der Ablationshypnose (s. oben) genutzt. Es werden dann ggf. die Belastungsszenen gesteigert. Genauso wie ein Wappen (oft mit Krafttieren, Bären, Löwen, Adlern etc., mit Helmen und Waffen geschmückt) ein Symbol der Kraft ist und sich Menschen heute von einem Heraldiker persönliche Wappen machen lassen, kann das therapeutisch erarbeitete „Zeichen der Kraft“ eine solche Wappen- oder Schutzfunktion gewinnen. Es wird mit einer Schutzfolie versehen und immer benutzt. Das häufige Aufrufen der positiven Atmosphären aus dem Zeichen, das immer wieder erfolgende Erinnern der „guten Geschichten, die in dem Zeichen komprimiert sind, führt zu einem „Einschleifen“, welches die Wirkkraft des Zeichens gewährleistet.

### 3.3 Schutzschild und Schirm

Gegen anprasselnden Hagel von Pfeilen, hat man sich mit Schutzschilden bedeckt, Rüstung, Kettenhemd, Helm und Halsberge sollten gegen Hieb und Stich sichern. Gegen Regengüsse schützt man sich mit einem Schirm oder einem Regencape. Man stellt sich unter „Schutz und Schirm der Gottesgebälerin“, so die alte marianische Antiphon, um beschützt zu sein. Im Sciencefiction-Romanen, wie Perry Rhodan oder Rhen Dark, haben die Helden Feldschuttschirme, die einen Energieschild aufbauen, der weitgehend unverwundbar macht, nur die Nadelstrahlen können sie durchdringen.

Patienten wie auch Therapeuten und Therapeutinnen werden oft mit Geschehnissen konfrontiert, manchmal geradezu bombardiert, die sie belasten, verletzen, beschmutzen können. Lebt man mit einem „Kränker“ in einem Haushalt, kann man seelisch „verätzt“ werden. Von einem „Demütiger“ kann man erniedrigt werden. Arbeitet man in der Forensik oder der Drogentherapie, kommt man immer wieder mit schlimmen, ja traumatischen Geschichten in Kontakt. Aus solchen Erfahrungen hat Petzold zum eigenen Schutz einige Techniken entwickelt. Sie werden durch leibliche Zentrierungsübungen eingeleitet, wie er sie aus seiner Budo-Praxis in die IBT eingebracht hat und auf dem Seminar allmorgendlich mit der Gruppe einübt. Im Hintergrund stehen auch Graf Dürckheims Ausführungen in seinem Buch über „Hara, die Erdmitte des Menschen (Weilheim: Barth 1972), wobei Petzold betont, daß er lieber von Zentrierung spricht, weil ein Westler die religiöse und kulturelle Qualität des japanischen Hara nur durch Jahrzehnte der Übung erfassen könne. Aus der Zentrierung heraus wird dann die Imaginationsübung eines transparenten Capes eingeübt, das vom Kopf bis zu den Füßen den ganzen Körper schützt, so dass an ihm alles „ablaufen“ kann. Nach wenigen Vorstellungsübungen wird dieses Erleben gut abrufbar und kann dann „verankert“ werden. Die transparente Folie erhält die Sichtbarkeit und ist dennoch ein Schutz. Die Übung wird auch von Patienten gut aufgenommen. Für heftige Themen, die auf die Person eindringen, kann auch die Phantasie eines kräftigen Schirms, ja eines Schutzschildes eingeübt werden, der – verbunden mit dem eingeübten „starken, zentrierten Stand“ – schnell abrufbar wird und in der Situation Ruhe und Kraft vermittelt. Dabei ist es wiederum wesentlich, daß diese Übungen über längere Zeit regelmäßig zu praktizieren sind, damit sie sich „einschleifen“, zu einer „eingefleischten Gewohnheit“ werden.

Die IBT hat noch viele weitere Übungen zur Krisenintervention entwickelt. Sie sind so wirksam (oder unwirksam), das unterstreicht Hilarion Petzold, wie es dem Krisenhelfer gelingt, selbst klar und zentriert zu bleiben, als Mensch überzeugend in seiner Hilfsbereitschaft und Menschenliebe zum Patienten vorzudringen und sein Vertrauen zu gewinnen. Menschenliebe ist in Krisensituationen aus integrativer Sicht zentral und wird von der IBT gegen Freuds Abstinenzgebot und seine Abwertung der Nächstenliebe betont.

„Krisen können jeden treffen, denn ‚alles was einem geschehen, kann jedem geschehen‘ lesen wir bei *Seneca* immer wieder – im Trostbrief an Marcia, im 24. Brief an Lucilius, in dem Seneca uns gemahnt, auf alles vorbereitet zu sein. Das ist eine große Aufgabe, der man sich stellen muss, durch die man aber Seelenfrieden und eine heitere Gelassenheit gewinnen kann – immer wieder-“ – Mit diesem Satz schließt das Seminar.

### **Zusammenfassung: Stress, Burnout, Krisen - Materialien für supervisorische Unterstützung und Krisenintervention**

Der Text bietet Materialien zur Burnout- und Krisentheorie und –praxis des Integrativen Ansatzes in Therapie und Supervision. Der erste Teil stellt die stresstheoretischen Grundlagen des Burnout-Geschehens, burnout-theoretische Modelle für die Arbeit in der Integrativen Supervision dar. Der zweite Teil ist die Mitschrift eines von H. G. Petzold geleiteten Kriseninterventionsseminar von 1975, in dem die Krisentechniken der Integrativen Therapie in ihrer praktischen Ausführung und praxeologischen Begründung beschrieben werden, wie sie von H. G. Petzold entwickelt wurden: Der „innere Beistand“, „Sicherer Orte“, „Worte der Kraft“, „Zeichen der Kraft“ etc. Damit können bei Menschen in Krisen Beruhigung, Stabilisierung und Sicherheit erreicht werden.

**Schlüsselwörter:** Burnout, Stresstheorie, Krisenintervention, Krisentechniken, Integrative Supervision und Therapie

### **Summary: Stress, Burnout, Crisis – Material for Support in Supervision an Crisis Intervention**

This text is offering material for Burnout and Crisis theory and practice in the Integrative Approach to therapy and supervision. The first part presents the basic concepts of stress theory for Burnout Processes, models of bourn-out theory as used in Integrative Supervision. The second part is a written report of a crisis intervention seminar from 1975, led by Hilarion G. Petzold in which the intervention technique of Integrative Therapy as developed by him are described in its practical application and praxeological foundation: “Internal Assistant”, “Safe Place”, “Words of Power”, “Symbols of Power” etc. By these means people in crisis can regain calming, stabilization and reassurance.

**Keywords:** Burnout, Stress Theory, Crisis Intervention, Crisis Intervention Techniques, Integrative Supervision and Therapy

## **Literaturverzeichnis**

Berger, A., Relaxative Organgymnastik und psychologische Gruppenarbeit im System in einer totalen Gymnastik nach H. Petzold, Atem und Mensch 3/4 1971, 8-13

Burisch, M. Das Burnout-Syndrom Springer Verlag Berlin Heidelberg New York 1994

Cannon W. The emergency function of the adrenal medulla in pain and the major emotions. Am J Physiol 1914; 33: 356-372

Cannon WB. Bodily changes in pain, hunger, fear, and rage; an account of recent researches into the function of emotional excitement. Appleton and Company New York, London, D 1915

Dürckheim, K. v. Hara, die Erdmitte des Menschen. Weilheim: Barth, 1972, 5. Aufl.

Engel GL, Schmale AH. Conversation-Withdrawal: A Primary Regulatory Process for Organismic Homeostasis. Elsevier-Excerpta Medica Amsterdam: Physiology, Emotion and Psychosomatic Illness; Ciba Foundation Symposium 8 1972, 57-85

Engel GL. A Life Setting Conducive to Illness Ann Int Med 1968 69, 293-300

Freedy, J.R. & Hobfoll, S.E. Stress inoculation for reduction of burnout: a conservation of resources approach. Anxiety, Stress and Coping, 1994 6, 311-325

- Ferenczi, S., Das ungewollte Kind und sein Todestrieb (1929), in: Ferenczi, S., Schriften zur Psychoanalyse (Hrsg. M. Balint) Fischer, Frankfurt 1972, II (1972) 251-256.
- Ferenczi, S., Hysterische Materialisationsphänomene (1919), in: Schriften II (1972) 11-24.
- Frankenstein-Anft, A. Integrative Differentielle Relaxation (IDR) in der Psychotherapie - Möglichkeiten und Grenzen im dyadischen Setting. Polyloge **10/2008** <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/nr-10-2008-frankenstein-anft-annette-integrative-differentielle-relaxation-in-der-psychotherapie.html>
- Frétigny, R., Virell, A. (1968): L'imagerie mentale. Introduction à la ornirothérapie. Lausanne: Editions Mont Blanc.*
- Hadot, I. Seneca und die griechisch-römische Tradition der Seelenleitung, de Gruyter, Berlin 1969 Havighurst, R.J., Developmental tasks and education, David McKay, New York 1948.
- Heinermann, H. & Kind, D. Protektive Faktoren und Resilienzprozesse einer Lebensgeschichte. In Gestalt und Integration 97/98, 38-84
- Hobfoll, S.E. The ecology of stress. New-York: Hemisphere. 1988
- Hobfoll, S.E. & Stephens, M.A. Social support during extreme stress: consequences and intervention. In B.R. Sarason; I.G. Sarason / G.R. Perce (Eds.), Social support: an interactional view. New-York: John Wiley & Sons. 1990, 454-480
- Hobfoll, S.E. & Jackson, A.P. Conservation of resources in community intervention. American Journal of Community Psychology, 1991 19 (1), 111-121.
- Hobfoll, S.E. & Lilly, R.S. Resource Conservation as a strategy for Community Psychology. Journal of Community Psychology, 1993 21 (1), 128-148.
- Hobfoll, S.E.; Ritter, C.; Lavin, J.; Hulsizer, M.R & Cäron, P. Depression prevalence and incidence among innercity pregnant and postpartum women. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1995 63, 3, 445-453.
- R. von Känel, R. v. Das Burnout-Syndrom: eine medizinische Perspektive, Praxis 97, 2008, 477-487. [http://www.congress-info.ch/sgim2008/upload/File/Presse-Mappe\\_Fruehstueck\\_Produktion/Roland%20von%20Kaenel/Handout\\_1\\_Prof%20Roland%20von%20Kaenel.pdf](http://www.congress-info.ch/sgim2008/upload/File/Presse-Mappe_Fruehstueck_Produktion/Roland%20von%20Kaenel/Handout_1_Prof%20Roland%20von%20Kaenel.pdf)
- Krohne, H.W.. Angst und Angstbewältigung. Stuttgart, Berlin, Köln: Verlag W. Kohlhammer 1996
- Laux, L. Psychologische Stresskonzeptionen. In: H. Thoma (Hrsg.), Theorien und Formen der Motivation. Göttingen Hogrefe 1983
- Lazarus, R.S: Psychological stress and the coping process. McGraw-Hill Series in Psychology. New York: McGraw-Hill Book Company 1966



Lazarus, R.S. Emotion and adaption. New York, Oxford: Oxford University Press 1991

Lazarus, R.S. & Folkman, S. Coping and adaptation. In: W.D. Gentry (Ed.), The handbook of behavioral medicine. New York: Guilford 1984

Levi, L. Psychosoziale Reize, psychophysiologische Reaktionen und Krankheit in: Nitsch, J.R. Stress Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen Verlag Hans Huber Bern 1981, 188-212

Levi, L. Arbeiten wir uns zur Tode? Project syndicate 2003

Mierke, K. Wille und Leistung Hogrefe Göttingen, 1955

Niemitz, C.. Stress: Alarm im Körper Bibliographisches Institut & F. A. Brockhaus AG 2002.

Nila, R., Jacobshagen, N., Schächinger, H., Baumann, P., Höck, P., Hättenschwiler, J., Ramseier, Seifritz, E., Holsboer-Trachsler, E. (2010). Burnout – eine Standortbestimmung, <http://www.sanp.ch/pdf/2010/2010-02/2010-02-053.PDF>

Nitsch, J.R. Stress Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen Verlag Hans Huber Bern 1981

Perls, F. S., Gestalt Therapy Verbatim. Lafayette: Real People Press 1969.

**Petzold: Die Arbeiten von Petzold und MitarbeiterInnen finden sich, soweit hier nicht aufgeführt in seiner Gesamtbibliographie *POLYLOGE* 1/2009 <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/01-2009-petzold-h-g-gesamtbibliographie-h-g-petzold-25-03-1944-1958-2009-updating-november2009.html>**

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

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

Petzold, H. G. 1969c. Les Quatre Pas. Concept d'une communauté thérapeutique. Inst. St. Denis, teilweise dtsh. in: *Drogentherapie*, Paderborn: Junfermann 1974

Petzold, H.G. (1969III): Die Bedeutung von Ariel im AT und auf der Mescha-Stele, verbunden mit einem Beitrag zur altorientierten Feldzeichenkunde. *Theologia* 1/4, Athen 1969, 372-415

Petzold, H.G., 1971j. Die psychodramatische Technik der Zukunftsprojektion. Referat VI. Intern. Kongr. f. Psychodrama und Soziodrama, Amsterdam 22.-26. Aug. 71, Proceedings.

- Petzold, H.G., 1989b. Belastung, Überforderung, Burnout - Gewaltprobleme in Heimen. Behinderte in Familie, Schule, Gesellschaft 4, 17-44.
- Petzold, H.G. (1972IIb): Zum Frömmigkeitsbild der heiligen Säulensteher. Kleronomia 2, Thessaloniki 1972, 251-266.
- Petzold, H. G. 1975m. Ein Kriseneinterventionsseminar - Techniken beziehungsgestützter Krisenintervention, Aufbau eines „guten Konvois“, „innerer Beistände“ und „protektiver Erfahrungen“ in Integrativer Bewegungstherapie (IBT), Integrativer Therapie (IT), Gestalttherapie (GT). Seminarnachschrift aus dem Seminar IBT-Krisenintervention. Knechtsteden 17. - 21. Mai 1975. Redaktion *Johanna Sieper*. Textarchiv Hilarion Petzold Jg. 1975. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/index.php>
- Petzold, H.G., Krisenintervention und empathisch-intuierende Identifikation in der niedrigschwelligen Drogenarbeit, Gestalt und Integration 2, 1990f. 185-187.
- Petzold, H.G., 1990p. Integrative Dramatherapie und Szenentheorie - Ueberlegungen und Konzepte zur Verwendung dramatherapeutischer Methoden in der Integrativen Therapie, in: Petzold, Orth (1990a) II, 849-880;
- Petzold, H.G.: Integrative Therapie Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie Band II/2. Klinische Theorie, Junfermann Paderborn, 1992a.
- Petzold, H.G., Sieper, J., Integration und Kreation, 2 Bde., Junfermann, Paderborn, 2. Aufl. 1996.
- Petzold, H.G., Die Krisen der Helfer, in: Schnyder, U., Sauvant, Ch., Krisenintervention in der Psychiatrie, Huber, Bern 1993g, 157-196.
- Petzold, H. G. : Integrative Supervision, Metaconsulting & Organisationsentwicklung, Junfermann Paderborn, 1998
- Petzold, H.G., Petzold, Ch., 1993a. Soziotherapie als methodischer Ansatz in der Integrativen Therapie. In: Petzold, Sieper (1993a) 459-482; repr. Bd. II, 3 (1993a) S. 1263-1290; (2003a) S. 927 - 946.
- Rösing, I. Ist die Burnout-Forschung ausgebrannt? Asanger Verlag Heidelberg Kröning 2003
- Schaufeli, W. B. & Enzmann, D. The Burnout Companion to Study and Practice Taylor & Francis London 1998
- Schmitz, H., Das leibliche Befinden und die Gefühle, Zeitschrift für Philosophische Forschung 28 (1974) 325-338
- Schwarzer, R. Streß, Angst und Handlungsregulation Kohlhammer Verlag Stuttgart Berlin Köln 1993
- Schwarzer, R. Gesundheitspsychologie Hogrefe Göttingen 1997

- Selye H. The Physiology and Pathology of Exposure to Stress. Acta, Inc., Medical Publishers Montreal: 1950
- Selye H. The Evolution of the Stress Concept. Am Sci 1973; 61: 692-699
- Sieper, J., Das Mysterium des Kreuzes in der Typologie der alten. Kirche. Kyrios 9 (1969) 1-30; 65-82.
- Voutta-Voß, M., Entspannungstechniken in der Integrativen Therapie in Integrative Bewegungstherapie 1 1997, 27-35
- Vygotsky, L. S. Denken und Sprechen. Herausgegeben von Johannes Helm und eingeleitet von Thomas Luckmann. Rus, 1934. Aus dem Russischen übersetzt von Gerhard Sewekow. Berlin: Akademie-Verlag.
- Wolff HG. Stress and Disease. Charles C. Thomas Springfield, Illinois: 1953
- Wolfisberg, I. Stabilisierende Therapeutische Ansätze mit traumatisierten Menschen in der Integrativen Therapie und in der Psychodynamischen maginativen Traumatherapie nach Luise Reddemann. *POLYLOGE* 05/2009, <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/05-2009-wolfisberg-i-stabilisierende-therapeutische-ansaetze-mit-traumatisierten-menschen.html>