



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Burnout: Entstehung, Symptomatik und Therapie unter besonderer Berücksichtigung körperlicher Aktivität“

Verfasserin

Monika Haubenberger

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im November 2008

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 482/299

Studienrichtung lt. Studienblatt: LA Leibeserziehung, LA Philosophie, Pädagogik, Psychologie

Betreuer: Univ.- Prof. Dr. Norbert Bachl

DANKSAGUNG

Ganz besonderer Dank gilt meiner Mutter, die mich vor allem in der Endphase meines Studiums großartig unterstützte und mich immer wieder motivierte.

Weiters bedanke ich mich bei meiner restlichen Familie und bei meinen Freunden, die mich während meiner Ausbildung begleitet haben.

Schließlich möchte ich auch ganz herzlich meinem Betreuer Univ.-Prof. Dr. Norbert Bachl danken, der mich einerseits sehr selbständig arbeiten ließ, mir aber andererseits auch seine volle Unterstützung geboten hat.

DANKE!

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG.....	3
1.1	Literatur.....	3
1.2	Fragestellung	3
1.3	Methode und Gliederung.....	4
I.	TEIL	6
2	BURNOUT-SYNDROM	6
2.1	Begriff und Phänomen Burnout.....	6
2.1.1	Definitionsprobleme	6
2.1.2	Erläuterungen zum Begriff „Burnout“ / „Burnout-Syndrom“	7
2.1.3	Definitionsversuche und Burnoutkonzepte	8
2.1.3.1	<i>Burnoutkonzept nach Freudenberger</i>	<i>9</i>
2.1.3.2	<i>Burnoutkonzept nach Maslach.....</i>	<i>11</i>
2.1.3.3	<i>Burnoutkonzept nach Cherniss.....</i>	<i>13</i>
2.1.3.4	<i>Entwicklung des Forschungsfeldes Burnout in einem zusammenfassenden Überblick</i>	<i>15</i>
2.2	Symptomatik, Verlauf und Pathogenese von Burnout.....	16
2.2.1	Symptomatik und Verlauf des Burnout-Syndroms	16
2.2.2	Zur Pathogenese des Burnout-Syndroms.....	24
2.3	Diagnosestellung und Abgrenzung	25
2.3.1	Diagnosestellung.....	25
2.3.1.1	<i>Maslach Burnout Inventory (MBI).....</i>	<i>25</i>
2.3.1.2	<i>Tedium Measure (TM).....</i>	<i>26</i>
2.3.1.3	<i>Kritik am MBI und TM.....</i>	<i>27</i>
2.3.2	Abgrenzung zu Nachbarkonzepten	27
2.3.2.1	<i>Stress als Schlüsselphänomen für das Burnout-Syndrom</i>	<i>27</i>
2.3.2.2	<i>Arbeits(un)zufriedenheit</i>	<i>34</i>
2.3.2.3	<i>Depression</i>	<i>35</i>
2.3.2.4	<i>Bewältigung.....</i>	<i>36</i>
2.4	Allgemeine Therapie des Burnout.....	38
2.4.1	Psychohygienische Selbstbehandlungsmöglichkeiten.....	38
2.4.2	Gesunde Lebensweise und aktive Freizeitgestaltung.....	39
2.4.3	Arbeitsplatzwechsel	40
2.4.4	Psychotherapie und Medikation	41
2.5	Zusammenfassung des I. Teiles	43
II.	TEIL	44
3	GESUNDHEIT ALS ZIEL KÖRPERLICHER AKTIVITÄT	44
3.1	Körperliche Aktivität	44
3.1.1	Qualitative Beschreibung der körperlichen Aktivität.....	44
3.1.2	Quantitative Beschreibung der körperlichen Aktivität.....	46
3.1.3	Attribute körperlicher Aktivität.....	49
3.2	Gesundheit als (Lebens-) Ziel	51
3.2.1	Gesundheit als medizinisches Problem.....	53

3.2.2	Gesundheit als soziales Problem	53
3.2.3	Gesundheit als anthropologisches Problem	54
3.2.4	Das Salutogenesemodell	55
3.3	Körperliche Aktivität und Gesundheit	57
3.3.1	Körperliche Aktivität und physisches Wohlbefinden.....	58
3.3.2	Körperliche Aktivität und psychisches Wohlbefinden.....	59
3.3.2.1	<i>Physiologischer Erklärungsansatz für psychische Effekte von Bewegung.....</i>	63
3.3.2.2	<i>Psychologischer Erklärungsansatz für psychische Effekte von Bewegung.....</i>	65
3.4	Zusammenfassung II. Teil	66
III.	TEIL	67
4	KÖRPERLICHE AKTIVITÄT ALS IN DIE THERAPIE DES BURNOUT-SYNDROMS INTEGRIERTE MAßNAHME.....	67
4.1	Allgemeine Grundlagen der Therapie in Verbindung mit Bewegung, Spiel und Sport.....	67
4.1.1	Zu den Begriffen Therapie und Sporttherapie.....	67
4.1.2	Bedeutung des Sports aus therapeutischer Sicht.....	68
4.1.2.1	<i>Sport als Therapie.....</i>	68
4.1.2.2	<i>Sport als Medium der Therapie.....</i>	68
4.1.2.3	<i>Sport als flankierende Maßnahme der Therapie.....</i>	69
4.2	Mögliche bewegungsbezogene Therapieverfahren bei Burnout	70
4.2.1	Mototherapie	70
4.2.2	Konzentrierte Bewegungstherapie	73
4.2.3	Integrative Bewegungstherapie	75
4.2.4	Tanztherapie	76
4.3	Human Flow Therapie.....	77
4.3.1	Was ist „Human Flow“?	78
4.3.2	Ganzheitliches Fitnessstraining.....	78
4.3.3	Human Flow Yoga.....	79
4.3.4	Achtsamkeitsübungen.....	80
5	ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK	82
5.1	Zusammenfassung.....	82
5.2	Ausblick.....	85
6	LITERATURLISTE	87
ANHANG	I	
Abbildungen	I	
Abbildungsverzeichnis.....	II	
Tabellenverzeichnis.....	II	

1 Einleitung

Immer wiederkehrende Berichte über Menschen, die mit ihrem Alltagsleben nicht mehr zurechtkommen – bis hin zu Selbstmordgedanken und tatsächlich vollzogenem Suizid – haben mich veranlasst, diesem Phänomen näher nachzugehen.

1.1 Literatur

Seit Mitte der 70er Jahre des vergangenen Jahrhunderts erschienen – anfangs zögerlich, später in gehäufterem Maß – Veröffentlichungen, die diese Erscheinung unter dem Begriff „Burnout“ behandeln (siehe Literaturliste).

Pioniere auf diesem Gebiet waren zum einen Herbert Freudenberger, der den Begriff erstmals für dieses Erscheinungsbild verwendete, und zum anderen Christine Maslach und Ayala Pines, die jeweils einen Fragebogen veröffentlichten und es damit ermöglichten, Burnout zu messen.

Hervorzuheben sind auch die Beiträge von Cary Cherniss, der seine empiriegestützten Ergebnisse in ein Modell eingebettet hat und maßgeblich an der frühen Burnoutforschung beteiligt war. Matthias Burisch, der zu den „modernen“ Burnoutforschern zählt, versuchte, das Phänomen „Burnout“ in einem wissenschaftlichen Rahmen darzustellen.

Bei meiner Literaturrecherche zu Bewegung, Sport und im Allgemeinen zur körperlichen Aktivität in Verbindung mit anderen Themen (Gesundheit, Therapie, Prävention) bin ich auf eine Vielzahl von Autoren gestoßen; es gibt jedoch nahezu keine Beiträge zu körperlicher Aktivität als Therapiemöglichkeit des Burnout-Syndroms, wenngleich Sport und Bewegung immer wieder als gesundheitsfördernde Maßnahme erwähnt werden.

Meine Arbeit wird sich vor allem auf die Beiträge von Gert Höltel, Klaus Bös, Walter Brehm, Günther Samitz und Gert Mensink beziehen.

Eine ausführliche Bibliographie über das Burnout-Syndrom, allerdings nur bis zum Jahre 1989, erstellte Kleiber & Enzmann.

1.2 Fragestellung

Grundlage meiner Arbeit wird - in Auswahl - die bislang erschienene Literatur zu diesen Themen sein. Aus ihr soll einerseits eine zusammenfassende Darstellung des

Burnout-Syndroms herausgearbeitet, andererseits eine Zusammenstellung der Auswirkungen von Bewegung auf den Menschen dargeboten werden.

An die Ergebnisse soll die Frage herangetragen werden, ob körperliche Aktivität als Therapie bei Burnout appliziert werden kann. Welche Veränderungen der somatischen Gegebenheiten durch Bewegung können Burnout-Patienten heilend beeinflussen? Welche Nebenwirkungen müssen ins Kalkül gezogen werden? Wie wirkt körperliche Ertüchtigung auf die Psyche? Hier könnten überraschende Möglichkeiten einer Therapie bei Burnout zu Tage treten.

Ziel dieser Arbeit ist nicht, die allgemein medizinische Behandlung des Burnout-Syndroms als überflüssig zu erklären, sondern zusätzlich bewegungs- und sporttherapeutische Hilfen aufzuzeigen.

1.3 Methode und Gliederung

Wie aus dem bereits Gesagten hervorgeht, wird diese Arbeit zunächst eine hermeneutische Untersuchung sein, die dann auf spekulativem Wege versuchen soll, einen Zusammenhang zwischen den Fakten, die in der Literatur aufgelistet sind, herzustellen.

In einem I. Teil wird dem Phänomen Burnout nachgegangen werden (2). Der Begriff Burnout, Definitionsprobleme und Definitionsversuche zu diesem Begriff (2.1) sowie Symptomatik, Verlauf dieser Krankheit und die Pathogenese (2.2) werden diesen Abschnitt bestimmen. Auch die Diagnosestellung, die Abgrenzung gegenüber ähnlichen Krankheitsbildern (2.3) und die allgemeine Therapie des Burnout (2.4) sollen einbezogen werden.

Ein II. Teil wird den Einfluss körperlicher Aktivität auf Soma und Psyche des Menschen behandeln unter dem Aspekt „Gesundheit als Ziel körperlicher Aktivität“ (3). Zunächst werden körperliche Aktivität (3.1) und Gesundheit (3.2) definiert werden. Mit Hilfe des Salutogenesemodells von Antonovsky sollen Auswirkungen des Sporttreibens auf das physische und psychische Wohlbefinden dargestellt werden (3.3).

In einem III. Teil soll der Versuch gemacht werden, körperliche Aktivität als Möglichkeit einer Therapiemaßnahme bei Burnout darzustellen (4). Nach grundsätzlichen Überlegungen zu den allgemeinen Grundlagen der Therapie in Verbindung mit Bewegung, Spiel und Sport (4.1) werden zunächst verschiedene bewegungsbezogene Therapieverfahren behandelt und ein Bezug zum Burnout-

Syndrom hergestellt werden (4.2). Auf die Human Flow Therapie, eine spezielle Therapie für Menschen, die an Burnout, Ängsten oder Depressionen leiden, soll dann näher eingegangen werden (4.3).

Im Kapitel 5 schließlich sollen die Ergebnisse zusammengefasst (5.1) und Anregungen für weitere Untersuchungen gegeben werden (5.2).

I. Teil

2 Burnout-Syndrom

2.1 Begriff und Phänomen Burnout

2.1.1 Definitionsprobleme

Eine eindeutige und allgemeinverbindliche Begriffsdefinition von Burnout ist innerhalb des wissenschaftlichen Forschungsfeldes (noch) nicht gelungen (vgl. Schmid, 2003, S. 79).

„Die Definition ist ein Grundproblem, da es bislang keine Bestimmung von Burnout gibt, die als Standard akzeptiert ist“
(Bangert, 2002, S. 97)

Alle Definitionsversuche sind bis heute entweder zu umfassend oder zu spezifisch. Es gibt keinen klaren Konsens, weder unter Forschern noch unter Ratsuchenden, Klinikern oder Mitarbeitergruppen (vgl. Kleiber & Enzmann, 1990, S. 19).

Burisch formuliert es so:

„Man mag sich wundern, wie denn unter diesen Umständen überhaupt so etwas wie eine Burnout-Forschung möglich war - wie kann man etwas erforschen, das noch gar nicht definiert ist?“

(Burisch, 2006, S. 14)

Burisch (2006, S. 14) meint weiters, dass zunächst einmal jeder, der sich in früheren Jahren zu dieser Krankheit äußerte, vermutlich anhand von kurzen Fall-Vignetten, Interview-Ausschnitten oder Symptomlisten seine eigene implizite Definition hatte, die dann auch expliziert wurde. Oder man bezog sich auf Definitionsversuche der bekannteren Autoren, in der Regel auf die von Herbert Freudenberger oder Christina Maslach.

Aufgrund der begrifflichen Unklarheiten ist eine eindeutige Abgrenzung zu den ebenfalls vieldeutig auftretenden Nachbarkonzepten wie „Stress“, „Arbeits(un)zufriedenheit“, „Depression“ oder „Bewältigung“ nicht zu leisten (vgl. Schmid, 2003, S. 79).

Worin jedoch allgemeine Übereinstimmung herrscht, ist erstens, dass Burnout auf der individuellen Ebene anzusiedeln ist, zweitens, dass es sich um ein vorwiegend psychisches Geschehen handelt, das Gefühle, Einstellungen, Motive sowie Erwartungen einschließt, und dass Burnout drittens eine negative Erfahrung für das Individuum darstellt, insofern es Probleme, Distress, Unannehmlichkeiten, Dysfunktionen und / oder negative Konsequenzen beinhaltet (vgl. Kleiber & Enzmann, 1990, S. 19).

2.1.2 Erläuterungen zum Begriff „Burnout“ / „Burnout-Syndrom“

Der Psychoanalytiker Herbert Freudenberger verwendete erstmals 1974 in Amerika den Ausdruck „Burnout-Syndrom“ für dieses Erscheinungsbild. Er bezeichnete als Burnout jenen Zustand, der sich langsam über einen Zeitraum von andauerndem Stress und Energieeinsatz entwickelt (vgl. Freudenberger & North, 1992, S. 26). Gold und Roth (1993, S. 31) berichten, dass der Begriff „burned out“ in den 1960er Jahren im Zusammenhang mit den Auswirkungen von Drogenmissbrauch chronisch Abhängiger verwendet wurde¹.

Laut Burisch (2006, S. 6) hat Shakespeare schon Ende des 16. Jahrhunderts das Verb „to burn out“ verwendet. Um 1900 ging es in der Bedeutung „Überarbeitung und früher Tod“ ins Standardenglisch ein.

Wird der Begriff Burnout aus dem Erfahrungsbereich der Technik im Sinne von „durch-brennen“ übersetzt, wäre damit angedeutet, dass etwas abrupt passiert - mit dem Effekt des sofortigen Stillstandes. Eine Sicherung kann aus- oder durchbrennen. Ausbrennen können Öfen oder Gebäude, und ausgebrannt sein kann auch ein Feuer, wenn kein Brennstoff nachgelegt wird (vgl. Burisch, 2006, S. 7). Dass Burnout jedoch eine oft jahrelange Quälerei beinhaltet, und was eigentlich wirklich mit der Bezeichnung Burnout als Prozess gemeint ist, würde mit dieser Übersetzung nicht zum Ausdruck gebracht, sondern sogar verfälscht werden (vgl. Schmid, 2003, S. 79; Knauder, 2005, S. 10). Diese Mehrdeutigkeit sowohl des „hypothetischen Konstruktes Burnout“ als auch des „Wortes an sich“ verhindert eine verbindliche Definition (vgl. Schmid, S. 79).

¹ „The term ‘burned out’ was being used in the 1960s in reference to the effects of drug abuse by chronic users.“ (Gold & Roth, 1993, S. 31).

Im psychologischen Sinn dagegen ist Burnout zunächst als ein Zustand der affektiven, geistigen und körperlichen Erschöpfung anzusehen und tritt vorwiegend in den sogenannten Hightouch-Berufen² auf (vgl. Knauder, 2005, S. 10).

2.1.3 Definitionsversuche und Burnoutkonzepte

Die folgenden Ausführungen geben Einblick in die Vielfalt bestehender Definitionen, Ansichten und Richtungen.

Burnout wurde unter anderem definiert als

„... ein Syndrom unangemessener Einstellungen gegenüber Klienten und sich selbst, oft in Verbindung mit unangenehmen physischen und emotionalen Symptomen.“

(Kahn, 1978, zitiert nach Burisch, 2006, S. 17)

„... ein Syndrom emotionaler Erschöpfung, Depersonalisation und persönlicher Leistungseinbußen, das bei Individuen auftreten kann, die in irgendeiner Art mit Menschen arbeiten. Es ist eine Reaktion auf die chronische emotionale Belastung, sich andauernd mit Menschen zu beschäftigen, besonders, wenn diese in Not sind oder Probleme haben.“

(Maslach, 1982, zitiert nach Burisch, 2006, S. 17)

Diese beiden Definitionen haben eine Gemeinsamkeit: Sie beschränken Burnout auf Menschen, die mit Klienten arbeiten, also auf Helfer (vgl. Burisch, 2006, S. 17). Der Begriff fand in den USA Ende der 1970er und Anfang der 1980er Jahre zuerst im Umfeld von helfenden Berufen schnell große Verbreitung (vgl. Kleiber & Enzmann, 1990, S. 11). Herbert Freudenberger, Christina Maslach und Ayala Pines beschrieben das Phänomen bei anderen Sozialberufen. Schließlich gerieten auch ganz andere Berufsgruppen und der private Lebensbereich ins Blickfeld der Forschung (vgl. Burisch, 2006, S. 6). Gleichzeitig weitete sich der Begriff Burnout aus zur Beschreibung immer vielfältigerer Phänomene und Symptome. Freudenberger und North stellen fest:

„Burn-out ist ein Energieverschleiß, eine Erschöpfung aufgrund von Überforderungen, die von innen oder von außen – durch

² Berufe, die ein hohes Maß an direktem Kontakt zu anderen Menschen erfordern (vgl. Knauder, 2005, S. 10).

Familie, Arbeit, Freunde, Liebhaber, Wertsysteme oder die Gesellschaft – kommen kann und einer Person Energie, Bewältigungsmechanismen und innere Kraft raubt. Burnout ist ein Gefühlszustand, der begleitet ist von übermäßigem Streß [sic], und der schließlich persönliche Motivationen und Verhalten beeinträchtigt.“

(Freudenberger & North, 1992, S. 27)

Mit dieser schon früh einsetzenden Expansion des Anwendungsbereichs des Begriffs sowie auf Grund seines Ursprungs aus der Alltagssprache und der Tatsache, dass es zu Beginn nicht Forscher sondern Praktiker waren, die mit diesem Terminus spezifische Probleme psychosozialer Berufe thematisierten, mag zusammenhängen, dass Burnout zunächst nicht als ernstzunehmender Forschungsgegenstand akzeptiert wurde (vgl. 2.1.3.2, S. 11).

Die Verwendung des Begriffs in der Alltagssprache von Praktikern, die damit verbundene intuitive Verständlichkeit und die unscharfe Begrenzung seines Bedeutungsfeldes waren einerseits hinderlich für die Akzeptanz der Burnoutforschung in der Wissenschaft, brachten aber andererseits den großen Vorteil, dass die Bezeichnung „ausgebrannt“ nicht stigmatisierend verwendet wird. (vgl. Kleiber & Enzmann, 1990, S. 13).

Im Folgenden werden drei Konzepte der Burnoutforschung vorgestellt, auf die sich bis heute viele Autoren beziehen.

2.1.3.1 Burnoutkonzept nach Freudenberger

Freudenberger, der in New York als Psychiater arbeitete, sieht eine Diskrepanz von Erwartung und Realität als auslösendes Moment:

„Burnout wird hervorgerufen, wenn sich der Betroffene auf einen Fall, eine Lebensweise oder eine Beziehung einlässt, die den erwarteten Lohn nicht bringt.“

(Freudenberger & Richelson, 1980, zitiert nach Burisch, 2006, S. 50)

Freudenberger (1974, zitiert nach Schmid, 2003, S. 25) sieht vor allem Menschen mit starken Grundsätzen, hoher Anstrengungsbereitschaft und mit hohen Erwartungen an sich und andere als burnout-gefährdet.

In Freudenbergers ersten Veröffentlichungen wird Burnout noch zu den besonderen Charakteristika sozialer Tätigkeitsfelder gezählt, wohingegen sich der Burnout-Begriff

in seinen späteren Werken auf allgemeine Berufstätigkeiten ausweitet (Schmid, 2003, S. 25).

So skizzierte er in einem seiner Bücher³ zwanzig Fälle, in denen Menschen beträchtliche Anstrengungen unternehmen, um ein „Skript“ oder „Drehbuch“ zu realisieren: etwa das des Kunstlehrers einer Ghettoschule, der unterprivilegierten Schülern einen Kontakt zur Schönheit vermittelt; das der Schauspielerin, die nach langen, entbehrungsreichen Jahren den Gipfel des Ruhmes erklimmt, ohne je wieder absteigen zu müssen; das des zäh arbeitenden, sich nie schonenden Managers, der seiner Familie ein finanziell gesichertes Leben ermöglicht, ohne sich selbst etwas zu gönnen.

Die zugehörigen Erwartungen sind auf Belohnungen gerichtet und zwar in der Regel auf immaterielle, wie Anerkennung und Dankbarkeit (vgl. Burisch, 2006, S.50).

Das Erreichen der Ziele ist von Bedeutung. Probleme entstehen hauptsächlich auf drei Arten:

- Die Ziele werden unrealistisch hoch gesteckt, sodass sie entweder nicht oder nur durch unverhältnismäßig hohen Energieeinsatz erreicht werden.
- Die Ziele entsprechen nicht den eigenen Bedürfnissen, sondern sind fremdbestimmt.
- Ein an sich realistisches Ziel wird mit unrealistischen Belohnungserwartungen verknüpft, die nicht einzulösen sind.

Sein Erklärungsschema beruht vor allem auf der eigenen Interpretation seiner Fälle. In seinem Buch verfährt er meist nach dem Muster, ein bestimmtes Prinzip zu skizzieren und dann durch ein Fallbeispiel zu illustrieren. Dabei bleibt der logische Zusammenhang der Betrachtungen vollkommen unklar: was notwendige oder hinreichende Bedingungen für Burnout sein sollen, muss der Leser selbst entscheiden (vgl. Burisch, 2006, S. 51).

Wie schon oben erwähnt, war Herbert Freudenberger der „Gründervater“ der Burnoutforschung. Er starb im Jahre 1999. Zwar hatte es den Begriff schon sehr viel früher gegeben; auch war eine erste detaillierte Fallbeschreibung schon mehr als zwanzig Jahre vorher erschienen, ohne den Begriff je zu verwenden. Dennoch, Freudenbergers erster Aufsatz von 1974, dem weitere und dann auch mehrere

³ Freudenberger & Richelson (1980). Burnout: The High Cost of High Achievement. New York: Anchor Press.

Bücher folgen sollten, markierte den Startschuss zur ersten Burnout-Forschung. (vgl. Burisch, 2006, S. 51).

2.1.3.2 Burnoutkonzept nach Maslach

Christina Maslach und Ayala Pines, zwei Psychologinnen der University of California at Berkeley, veröffentlichten in der zweiten Hälfte der 70er Jahre erste quasi-empirische Arbeiten, zunächst gemeinsam, dann auf getrennten Wegen (vgl. Burisch, 2006, S. 51).

Anfangs war es sehr schwierig, Aufsätze über Burnout in Fachzeitschriften unterzubringen, weil Herausgeber das Thema als „Pop-Psychologie“ abwerteten und es zurückwiesen (vgl. Kleiber & Enzmann, 1990, S. 13; Schmid, 2003, S. 31).

Maslach und Pines gaben Anfang der 80er Jahre jeweils ein erstes Buch heraus. Pines suchte sich gleichsam als Begleitschutz den Psychologen Elliot Aronson als Coautor. Maslach ließ von ihrem Ehemann Philip Zimbardo zu ihrem Buch „Burnout – The cost of Caring“ das Vorwort schreiben (vgl. Burisch, 2006, S. 51).

Nicht nur wegen ihrer zahlreichen Veröffentlichungen ist der Name Maslach untrennbar mit Burnout verbunden. Der Fragebogen, den sie 1981 mit Susan E. Jackson veröffentlichte, das Maslach Burnout Inventory (MBI), wird bis heute in über 90% der einschlägigen Forschungsarbeiten eingesetzt.

Eine eigene Theorie im engeren Sinne hat Maslach nicht formuliert. Ähnlich wie Freudenberg, der allerdings nie Anspruch auf Wissenschaftlichkeit erhob, richtet sie sich in ihren Publikationen auch meist an ein breiteres Publikum. (vgl. Burisch, 2006, S. 51).

Maslach vertrat anfangs ein dreistufiges Phasenmodell, das sich folgendermaßen zusammenfassen lässt:

Erstes Kernsymptom: Emotionale Erschöpfung

Berufliche Helfer müssen bei Kontakten mit ihrem Klientel emotional hochgradig belastende Erfahrungen aushalten. Dazu kommen die Asymmetrie der Beziehung („immer nur geben müssen“), ausbleibende Erfolgserlebnisse, Undank, bürokratische Behinderungen und vieles mehr.

Zweites Kernsymptom: Depersonalisation

Reaktion auf die emotionale Erschöpfung, die Schutz- und Abwehrfunktion hat, ist eine Distanzierung von den Klienten und die Abwertung derselben.

Drittes Kernsymptom: Leistungsunzufriedenheit

Sobald die veränderte persönliche Beziehung auch im Verhalten spürbar wird, sinkt über kurz oder lang die Chance auf Erfolgserlebnisse des Helfers.

Mit diesen drei Kernsymptomen sind auch die drei Messskalen des MBI bezeichnet (vgl. 2.3.1.1, S. 25). (vgl. Burisch, 2006, S. 51).

Wie bereits erwähnt, herrschte anfangs die Meinung vor, Burnout sei ein spezifisches Phänomen der Helferberufe. Pines unterschied zu dieser Zeit zwischen Burnout und Tedium (Überdruß), ersteres bei Helfern, letzteres bei allen anderen Berufsgruppen - eine Differenzierung, die auch sie inzwischen aufgegeben hat. Schaufeli und Enzmann (1998, zitiert nach Burisch, 2006, S. 52) schreiben:

„Es scheint also, dass die Behauptung, Burnout hinge besonders eng mit emotional geladenen Klientenkontakten zusammen, aus empirischen Gründen fallengelassen werden muss.“

(Schaufeli & Enzmann, 1998, zitiert nach Burisch, 2006, S. 52)

Maslachs neuestes Buch, „Die Wahrheit über Burnout“⁴, handelt von Bankern, Juristen und Computerfachleuten ebenso wie von Ärzten, Schwestern und Sozialarbeitern. Burnout wird also von Maslach mittlerweile als universelles Phänomen anerkannt. (vgl. Burisch, 2006, S. 52).

Wo aber liegt die Ursache dieses Phänomens? Hat Art und Umfeld der Arbeit einen stärkeren Einfluss auf die psychische Verfassung als die individuelle Persönlichkeit, oder umgekehrt? (Maslach, 1982, zitiert nach Burisch, 2006, S. 52). Maslach meint im Gegensatz zu Freudenberg, dessen Ansätze individuenzentriert sind, dass die Ursachen – und damit auch die Lösungen – in erster Linie in der Organisation zu finden sind und nicht im Individuum. Sie spricht von sechs Faktoren, die Burnout verursachen können (Burisch, 2006, S. 53):

- *„Arbeitsüberlastung*
- *Mangel an Kontrolle*
- *ungenügende Belohnungen*

⁴ MASLACH, C. & LEITER, M. P. (2001). Die Wahrheit über Burnout. Stress am Arbeitsplatz und was Sie dagegen tun können. Wien, New York: Springer-Verlag.

- *Zusammenbruch des Gemeinschaftsgefühls*
- *mangelnde Gerechtigkeit*
- *Wertekonflikte“*

2.1.3.3 Burnoutkonzept nach Cherniss

Cary Cherniss, ein nordamerikanischer Professor für angewandte Psychologie an der Rutgers Universität, startete 1973 ein Projekt, das bis heute in der Burnout-Forschung einmalig geblieben ist.

Seine Theorie basiert im Wesentlichen auf empiriegestützten Ergebnissen, die er durch Tiefeninterviews gewann. (vgl. Burisch, 2006, S. 64; Cherniss, 1999, S. 17). Diese Untersuchung unterscheidet sich von den bisherigen Studien, weil sie aus einer kleinen Gruppe von Gewährspersonen aus helfenden Berufen ein „Panel“ von 26 Professionellen⁵ herausfiltert und über zwölf Jahre in deren beruflichen Entwicklung verfolgt. Beim ersten Interview standen alle in ihrem ersten Berufsjahr (vgl. Cherniss, 1999, S. 17).

Cherniss hat seine Untersuchungsergebnisse in ein Modell eingebettet, in dem er acht burnout-verursachende Faktoren in der Arbeitsumgebung unterscheidet. Obwohl Cherniss betont, es komme auf die Interaktion zwischen Person und Umwelt und die daraus resultierende „Passung“ an, interessiert ihn die Umwelt sichtlich stärker. Demgemäß enthält sein Modell auch nur zwei Personen–Faktoren:

⁵ Professionelle ist der amerikanische Ausdruck für meist akademisch ausgebildete Menschen, die in Helferberufen arbeiten, z. B. Ärzte, Krankenschwestern, Psychologen, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter etc. (vgl. Cherniss, 1999, S. 12).

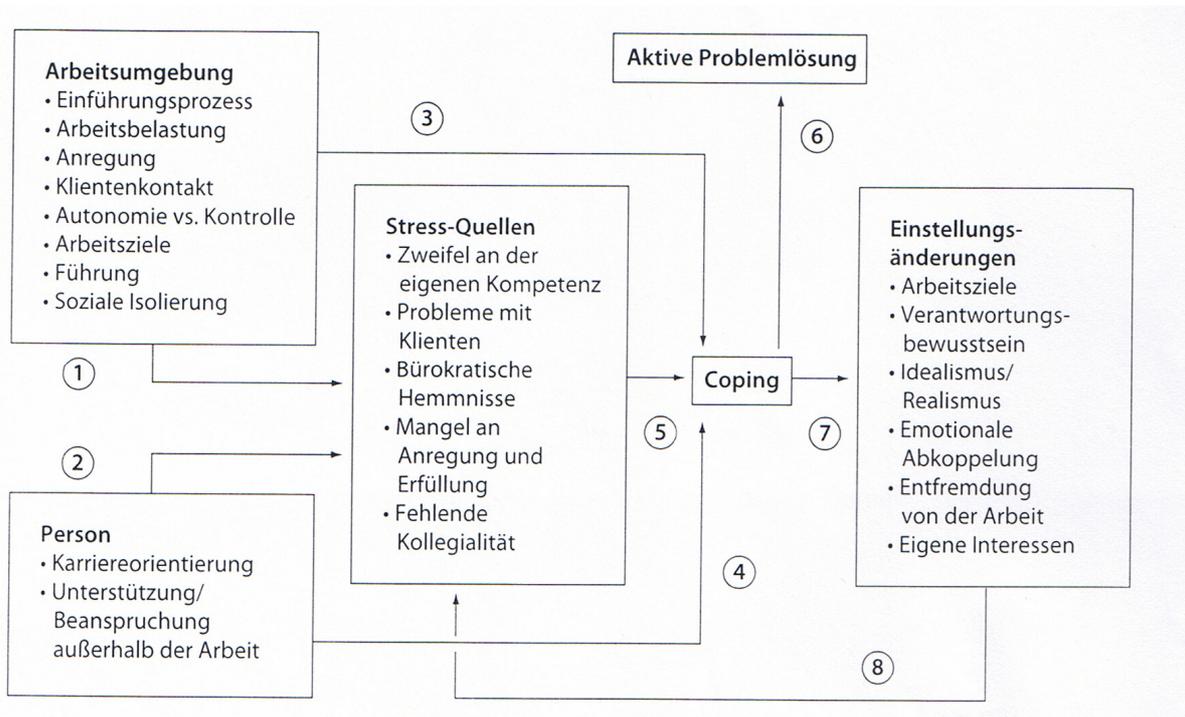


Abbildung 1: Burnout-Modell von Cherniss (Burisch, 2006, S. 66)

Im Falle schlechter Passung von Person und Arbeitsumgebung entsteht Stress, der sich aus fünf Quellen speist (siehe Pfeil 1 und 2).

Die Pfeile 3, 4 und 5 zeigen an, dass nun Bewältigungsanstrengungen (Coping) ausgelöst werden. Diese können auf zweierlei Weise geschehen:

Aktives, problemorientiertes Coping führt im Idealfall zur Problemlösung (Pfeil 6).

Wo dies misslingt oder gar nicht erst versucht wird, treten Burnout-Symptome auf, die Cherniss unter Einstellungsänderungen subsumiert (Pfeil 7): die Ziele werden niedriger angesetzt; die persönliche Verantwortung für Ergebnisse wird geringer eingeschätzt; eine vorher idealistische Einstellung wird durch resignativen Realismus ersetzt; es kommt zur emotionalen Abkoppelung von den Klienten und zu einem verstärktem Rückzug von der Arbeit; die eigenen Bedürfnisse rücken mehr in den Vordergrund. Diese Symptome, die hauptsächlich in Richtung Depersonalisation zu gehen scheinen, führen wiederum zu den Stressquellen (Pfeil 8), die erneute Bewältigungsanstrengungen erfordern. (vgl. Burisch, 2006, S. 72).

Cherniss schreibt:

„Im Prozeß [sic] der Auseinandersetzung mit dem eigenen Streß [sic] und den damit verbundenen Frustrationen veränderten sich die jungen Professionellen. Sie reduzierten ihr Engagement und ihre Zugewandtheit zu ihren Klienten. Sie

begannen, einige dieser Klienten als Gegner zu betrachten und nicht länger als unschuldige Opfer gesellschaftlichen Unglücks. Was für sie als Berufung angefangen hatte, wurde nun nichts weiter als irgendein Beruf.“

(Cherniss, 1999, S. 58)

Nach zwölf Jahren hat Cherniss die von ihm untersuchten Gewährspersonen erneut interviewt und festgestellt, dass sich eine – wenn auch kleine Gruppe - von ihrem frühen Burnout erholt und die alte Zugewandtheit zu ihren Klienten und das alte Engagement für den sozialen Beruf wieder gewonnen oder sogar noch gesteigert hat (vgl. Cherniss, 1999, S. 17 f).⁶

2.1.3.4 Entwicklung des Forschungsfeldes Burnout in einem zusammenfassenden Überblick

Laut der folgenden Abbildung des Entwicklungs- und Begründungskontextes von Burnout und Coping können drei Phasen unterschieden werden:

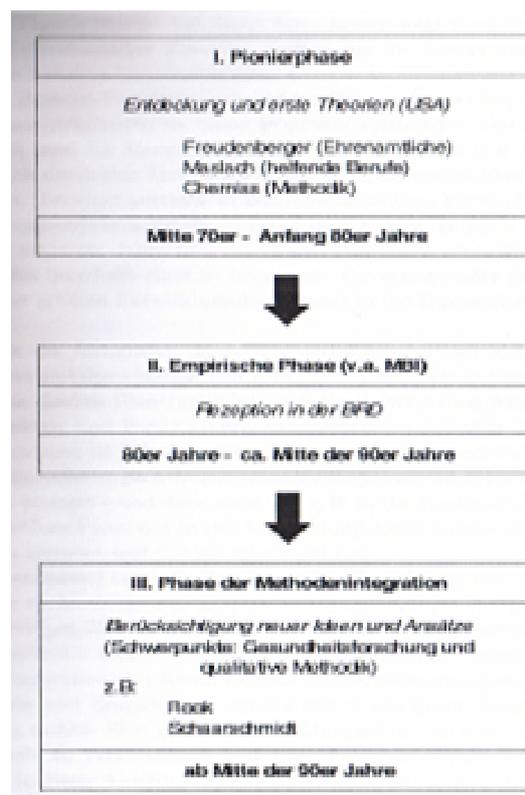


Abbildung 2: Die Entwicklung des Burnout - Forschungskontextes in drei Phasen (Schmid, 2003, S. 36)

⁶ Gründe und Ursachen für diese unerwartete „Erholung vom Burnout“ werden unter 2.4.3 (S. 40) behandelt werden.

Zunächst ist die Pionierphase etwa von der Mitte der 70er bis zum Beginn der 80er Jahre festzuhalten, wobei Freudenberger, Maslach und Cherniss zu den Vorreitern in der Burnout-Forschung zählen:

Freudenberger untersucht das Phänomen an sich selbst und an Ehrenamtlichen, *Maslach* bezieht es allgemein auf helfende Berufe und entwickelt den empirischen Fragebogen MBI. *Cherniss* forscht sowohl mit Hilfe qualitativer als auch quantitativer Methoden. Dabei sieht er Burnout als eine Copingstrategie – einen Bewältigungsversuch gegenüber einer stressreichen Situation – und betont im weiteren Verlauf seiner Forschungsarbeiten den Einfluss eines Sinn- und Bedeutungsrahmen auf die berufliche Tätigkeit.

Die 80er Jahre gelten im Burnout-Forschungsfeld als empirische Phase, da sich die Forschungsarbeiten hauptsächlich auf empirische Untersuchungen beschränken, vor allem auf die Durchführung und Bestätigung des MBI. Gleichzeitig wird auch in Deutschland die Burnout-Problematik erkannt und werden Forschungsergebnisse aus den USA rezipiert.

Ab Mitte der 90er Jahre ist eine Trendwende zu erkennen. Zum einen wird auf unterschiedliche Theoriemodelle zurückgegriffen, die vor allem auf die persönlichen Ressourcen und auf erfolgreiche Bewältigungsstile zielen, zum anderen konzentriert sich die Burnout-Forschung verstärkt auf eine vielfältige Anwendung von wissenschaftlichen, vor allem qualitativen Methoden. Schmid (2003) charakterisiert diese Zeit als Phase der Methodenintegration. (vgl. Schmid, 2003, S. 34 f).

2.2 Symptomatik, Verlauf und Pathogenese von Burnout

2.2.1 Symptomatik und Verlauf des Burnout-Syndroms

Das Burnout-Syndrom wurde mittlerweile bei rund 60 Berufen bzw. Personengruppen beschrieben (vgl. Burisch, 2006, S. 21). Der Großteil der Veröffentlichungen bezieht sich jedoch auf den Lehrberuf (vgl. Bangert, 2002, S.48). Wenn das Symptombild des Burnout auch sehr vielschichtig ist, wurde es dennoch in der Literatur überraschend einheitlich charakterisiert (Burisch, 2006, S. 24).

Freudenberger und North unterscheiden zwölf Stadien im Verlauf der Burnout-Erkrankung⁷, auf die dann kurz eingegangen werden soll (vgl. Freudenberger & North, 1993, S.121):

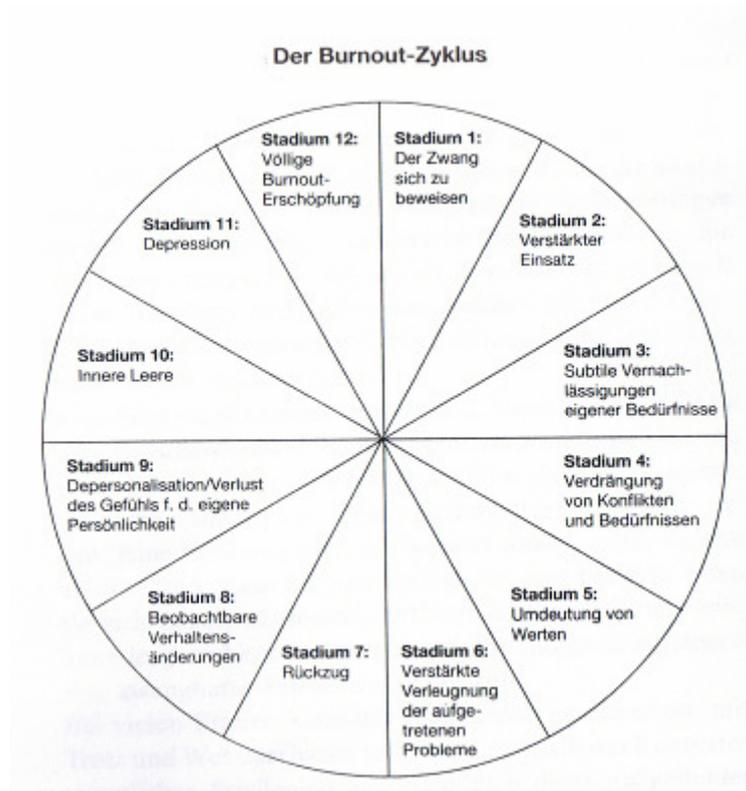


Abbildung 3: Zyklus (Freudenberger & North, 1992, S. 123)

Stadium 1: Der Zwang sich zu beweisen

Der Wunsch, sich in der Welt zu profilieren und Einfluss auf seine Mitmenschen zu haben, wirkte immer schon als Leistungsanreiz. Aus diesem Grund ist Stadium 1 des Burnout-Zyklus am schwierigsten zu erkennen. Der Drang nach Anerkennung mag sich anfangs durchaus positiv auswirken, doch sobald er zuviel Eigendynamik gewinnt, kann er letztlich zur Selbstschädigung führen. Wenn sich der Wunsch in einen Zwang verwandelt und Unbehagen spürbar wird, zeichnet sich das erste Stadium des Burnout ab.

Stadium 1 wurzelt in einer Reihe von Vorstellungen im Zusammenhang mit Selbsteinschätzung, Erwartungen und Werten. Häufig ist es gekennzeichnet durch

⁷Freudenberger & North (1992) haben in ihrem Buch über „Burn-out bei Frauen“ geschrieben. Da es sich hierbei aber um geschlechtsunspezifische Inhalte handelt, sollen im Folgenden beide Geschlechter mit einbezogen werden.

eine verbissene Entschlossenheit zu Erfolg, Leistung und Eroberung, aber auch durch Einsamkeitsgefühle, ausgelöst durch übertriebene Erwartungen an sich selbst.

Stadium 2: Verstärkter Einsatz

Wenn sich „der Zwang sich zu beweisen“ festsetzt, wird der Arbeit, der Beziehung, dem Projekt verstärkte Dringlichkeit zugeschrieben. Der Zwang wird mit Gewissenhaftigkeit, Idealismus und Engagement verwechselt und diese Bezeichnungen legitimieren dann den erhöhten Einsatz. Ein sicheres Zeichen für Stadium 2 ist die mangelnde Bereitschaft, Arbeit, Verantwortung oder Hausarbeiten zu delegieren, weil man fürchtet, die absolute Kontrolle zu verlieren. Verantwortung zu übergeben bedeutet für den Betroffenen, Ansehen oder Glaubwürdigkeit zu verlieren, besonders wenn am Ende die von ihm für sich erhoffte Belohnung nicht erfolgt.

Stadium 3: Subtile Vernachlässigungen eigener Bedürfnisse

Stadium 3 ist gekennzeichnet durch reduzierte Aufmerksamkeit für sich selbst und die persönlichen Bedürfnisse. Kleinere Pflichten und Freuden des Alltags werden als unnötige Störungen empfunden, sie werden vergessen oder verschoben. Man fühlt sich zeitlich und kräftemäßig so überlastet, dass schließlich jegliche privaten Dinge vernachlässigt werden: „man hat einfach keine Zeit dafür“. Dieses Verschieben ist eines der Hauptanzeichen eines Burnout-Prozesses.

Stadium 4: Verdrängung von Konflikten und Bedürfnissen

In diesem Stadium werden die inneren Konflikte und das unausgeglichene Empfinden und Verhalten von der betroffenen Person selbst erkannt, jedoch versucht sie, dies vor sich selbst und anderen zu verbergen. Bewältigungsmechanismen werden aktiviert, um Bedürfnisse zu unterdrücken und den Konflikt weg zu schieben.

Stadium 5: Umdeutung von Werten

Charakteristisch für Stadium 5 ist die „Umdeutung von Werten“, die sich oft in einem gestörten Zeitbegriff manifestiert. Präsent ist nur noch die Gegenwart, Vergangenheit und Zukunft werden wegen des unerträglichen Drucks, der auf diesem Menschen lastet, weg geschoben. Aussagen, wie „ich habe in den nächsten zwei Jahren keine Zeit für Beziehungen“, „ich habe jetzt wenig Zeit für Freunde“, „ich kann dieses Jahr

keinen Urlaub nehmen“ sind typisch. Prioritäten werden nicht mehr wahrgenommen, die Wahrnehmungsfähigkeit trübt sich ein und stumpft ab. Aus diesem Grund wird der Zustand des Patienten im Stadium 5 häufig als „Desorientiertheit“ und „Verwirrung“ charakterisiert.

Stadium 6: Verstärkte Verleugnung der aufgetretenen Probleme

Im Stadium 6 nimmt die Verleugnung der Probleme behindernde Ausmaße an und dient dazu, den Burnout-Prozess zu verschleiern. Dieses Stadium wird deshalb als „verstärkte Verleugnung“ bezeichnet, weil sich jetzt die subtilen Vernachlässigungen von Stadium 3 verschärfen und auf eine ganze Reihe von Situationen, Personen und Wahrnehmungen ausweiten. Während im Stadium 3 nur die kleineren Pflichten und Freuden als störend behandelt und übergangen werden, begrenzt und verengt sich im Stadium 6 die Weltsicht der Betroffenen entscheidend. Bedürfnisse allgemein werden verleugnet, und damit allmählich auch, dass es außerhalb des vom Zwang festgelegten Rahmens noch reale Ereignisse gibt.

Stadium 7: *Rückzug*

Wenn sich die Verleugnung von Bedürfnissen verstärkt, ist der Weg zur Leugnung von Gefühlen nicht sehr weit. In diesem Stadium ziehen sich erkrankte Menschen innerlich von ihrer Umgebung zurück und distanzieren sich in der Folge auch von sich selbst. Ein entscheidendes Symptom des Rückzugs ist das Gefühl von Orientierungs- und Hoffnungslosigkeit.

Stadium 8: Beobachtbare Verhaltensänderungen

In diesem Stadium wird keine Kritik vertragen. Eine der ersten beobachtbaren Veränderungen des Verhaltens der Patienten ist, dass sie nicht mehr unterscheiden können zwischen dem, was sie am meisten fürchten, nämlich einen Angriff, und dem, was sie am meisten brauchen: Aufmerksamkeit, Unterstützung, Nähe und Intimität. Der Betroffene zieht sich noch mehr zurück und neigt zur Eigenbrötlerei. Seine Urteilsfähigkeit ist beeinträchtigt, er interpretiert Besorgnis als Angriff und ist auf intimeren Ebenen kaum mehr ansprechbar. Er erfindet ausgeklügelte Ausreden, weshalb er nicht zu einer Party oder einer Versammlung kommen kann, oder er stößt andere mit barschen, ärgerlichen Reaktionen vor den Kopf.

Stadium 9: Depersonalisation/Verlust des Gefühls für die eigene Persönlichkeit

Die Depersonalisation – das Gefühl nicht mehr man selbst zu sein – ist eine schwere Form des Rückzugs: die eigenen Bedürfnisse werden überhaupt nicht mehr erkannt. Das wichtigste Symptom im Stadium 9 ist die Selbstverneinung, die sich in der Ablehnung des eigenen Körpers und der eigenen Person manifestiert. Das bewusste Denken und Empfinden spielen kaum noch eine Rolle. Prioritäten bedeuten nichts mehr. Mancher verfällt dem Alkohol und / oder den Drogen - oft als Flucht aus dem bereits unerträglichen Leben.

Stadium 10: Innere Leere

Ein Gefühl von „Nutzlosigkeit“ und von „ausgezehrt und erledigt sein“ plagt den erkrankten Menschen in diesem Stadium. Der Wunsch „aufzutanken“ scheint erfüllt zu werden mit meist falschen, trügerischen und wirkungslosen Mitteln. Ein inneres Leeregefühl befällt den Patienten. Dieses beängstigende Gefühl wird mit kurzfristigen, sinnlichen Befriedigungen überdeckt. Alkohol, Drogen und Sex täuschen ein erfülltes und aufregendes Leben vor. Alleinsein wird unerträglich.

Stadium 11: *Depression*

Das Leben scheint dem Betroffenen freudlos, sinnlos und hoffnungslos. Verzweiflung und Erschöpfung sind die vorherrschenden, ja sogar die einzigen bewussten Gefühle. Während im Stadium 10 noch versucht wird, mit falschen Therapien „aufzutanken“, werden im Stadium 11 Alkohol und Drogen benutzt, um sich weiterzuschleppen. Das Hauptsymptom ist der Wunsch nach Dauerschlaf. Initiative und Motivation sind gleichsam null. Ausweglosigkeit treibt den Menschen zu Selbstmordgedanken.

Stadium 12: Völlige Burnout-Erschöpfung

Dieses ist der Höhepunkt der elf im Zyklus vorausgegangenen Stadien. Die geistige und körperliche Erschöpfung vom Stadium 12 ist lebensgefährlich, professionelle Hilfe unumgänglich, eine medizinische Untersuchung bis hin zum Krankenhausaufenthalt notwendig. Das Immunsystem kann angegriffen sein, es herrscht Anfälligkeit für alle stressbedingten Erkrankungen, angefangen von Magen- und Darmbeschwerden bis hin zu Herzattacken und Kreislaufzusammenbruch.

Stadium 12 stellt eine handfeste Krise dar, es handelt sich um einen absoluten Notfall.

Freudenberger und North betonen, dass

„...viele der in den zwölf Stadien beschriebenen Symptome normale und sogar gesunde Reaktionen auf das Auf und Ab des modernen Lebens sein können.“

(Freudenberger & North, 1992, S. 156)

Nicht jeder Mensch, der sich manchmal ausgelaugt und urlaubsreif fühlt oder mehr Zeit für sich und seinen Partner sucht, muss deswegen schon im Burnout-Zyklus stehen.

Einen umfassenden Überblick der Symptomatik des Burnout Prozesses gibt Burisch (2006, S. 25 f). Der Verlauf der Krankheit ist jedoch sehr individuell und unterschiedlich, er muss nicht notwendigerweise alle sieben Schritte umfassen:

Burnout-Symptomatik

1. Warnsymptome der Anfangsphase

- a) Überhöhter Energieeinsatz
 - 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
 - Nicht Abschalten können
 - Energiemangel
 - Unausgeschlafenheit
 - Erhöhte Unfallgefahr

2. Reduziertes Engagement

- a) Für Klienten, Patienten etc.
 - Desillusionierung
 - Verlust positiver Gefühle gegenüber Klienten
 - Größere Distanz zu Klienten
 - Meidung von Kontakt mit Klienten und/oder Kollegen
 - Aufmerksamkeitsstörungen in der Interaktion mit Klienten
 - Verschiebung des Schwergewichts von Hilfe auf Beaufsichtigung
 - Schuldzuweisung für Probleme an Klienten
 - Höhere Akzeptanz von Kontrollmitteln wie Strafen oder Tranquilizern
 - Stereotypisierung von Klienten, Kunden, Schülern etc.
 - Betonung von Fachjargon
 - Dehumanisierung
- b) Für andere allgemein
 - Unfähigkeit zu geben
 - Kälte
 - Verlust von Empathie
 - Verständnislosigkeit

- Schwierigkeiten, anderen zuzuhören
- Zynismus

c) Für die Arbeit

- Verlust von Idealismus
- 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
- Verlagerung des Schwergewichts auf die Freizeit, Aufblühen am Wochenende
- Höheres Gewicht materieller Bedingungen für die Arbeitszufriedenheit

d) Erhöhte Ansprüche

- Konzentration auf die eigenen Ansprüche
- Gefühl mangelnder Anerkennung
- Gefühl, ausgebeutet zu werden
- Eifersucht
- Familienprobleme
- 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 Schwarzweißdenken
 - Widerstand gegen Veränderungen aller Art
5. Verflachung
- a) des emotionalen Lebens
- Verflachung gefühlmäßiger Reaktionen
 - Gleichgültigkeit
- b) des sozialen Lebens
- Weniger persönliche Anteilnahme an anderen oder exzessive Bindung an einzelne
 - Meidung informeller Kontakte
 - Suche nach interessanteren Kontakten
 - Meidung von Gesprächen über die eigene Arbeit
 - Eigenbröteleien
 - Mit sich selbst beschäftigt sein
 - Einsamkeit
- c) des geistigen Lebens
- Aufgeben von Hobbys
 - Desinteresse
 - Langeweile
6. Psychosomatische Reaktionen
- Schwächung der Immunreaktion
 - 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
 - Mehr Alkohol/Kaffee/Tabak/andere Drogen
7. Verzweiflung
- Negative Einstellung zum Leben
 - Hoffnungslosigkeit
 - Gefühl der Sinnlosigkeit
 - Selbstmordabsichten
 - Existentielle Verzweiflung

Tabelle 1: Burnout-Symptomatik nach Burisch (Burisch, 2006, S. 25-26)

Fengler (1999, S. 306) betont, dass die Entscheidung über die Zahl der unterschiedlichen Stadien relativ willkürlich ist. Für ihn selbst haben sich zehn Stadien als aussagekräftig erwiesen:

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 1. Idealismus und Enthusiasmus | 6. Erfolglosigkeit |
| 2. Überforderung | 7. Hilflosigkeit |
| 3. geringer werdende Freundlichkeit | 8. Hoffnungslosigkeit |
| 4. Schuldgefühle darüber | 9. Erschöpfung, Abneigung gegenüber Klienten, Apathie |
| 5. vermehrte Anstrengungen | 10. Endstadium Burnout ⁸ |

Zusammenfassend kann man feststellen, dass es eine Fülle an Definitionen von Burnout gibt und dementsprechend an Symptomatik- und Verlaufsvorschlägen. Viele Definitionen bestehen lediglich aus einer Zusammenstellung der beobachteten Symptome. Gillespie (1983, zitiert nach Kleiber & Enzmann, 1990, S. 19) stellt auf der Basis von 64 Artikeln fest, dass Unklarheiten darüber bestehen, was als Ursache, was als Symptom und was als Folge des Burnout anzusehen ist.⁹ Dementsprechend schwierig gestaltet sich die Abgrenzung von Burnout zu anderen Konzepten.

2.2.2 Zur Pathogenese des Burnout-Syndroms

Auslösende Noxen für Burnout wurden bereits in den Burnoutkonzepten (vgl. 2.1.3, S. 8 f) aufgelistet. Es handelt sich hierbei vorwiegend um psychische Verletzungen. Ob somatische oder genetische Faktoren eine Rolle spielen, ist bis dato noch kaum erforscht. Sicher ist, dass Psyche und Soma eine Einheit bilden und Wechselwirkungen zwischen beiden bestehen.

So könnten Körperbau, Hormonlage, Schwachstellen und Fehlfunktionen von Organen und vieles andere mehr für die Entstehung des Burnout mitverantwortlich sein.

⁸ Selbstbeschuldigung, Flucht, Zynismus, Sarkasmus, psychosomatische Reaktionen, Fehlzeiten, große Geldausgaben, Unfälle, Dienst nach Vorschrift, Selbsttötung, hastige Liebschaften ohne Liebe, Scheidung, plötzliche raptusartige Kündigungen etc. (Fengler, 1999, S. 306).

⁹ Beispielsweise wertet er u. a.: Selbstzweifel über den Wert der eigenen Arbeit als Symptom und Ursache; rigides Anwenden von Vorschriften als Symptom und Folge; mangelhafte Kommunikation als Ursache und Folge des Burnout (vgl. Kleiber & Enzmann, 1990, S. 19).

Zu fragen wäre auch, ob Charaktertypen eine Rolle spielen; reagieren zum Beispiel Phlegmatiker in anderer Weise auf psychische Irritationen als Choleriker? Ein weites Forschungsfeld tut sich auf.

2.3 Diagnosestellung und Abgrenzung

2.3.1 Diagnosestellung

Trifft eine Mehrzahl der unter 2.2 beschriebenen Symptome zu, besteht Verdacht auf Burnout-Syndrom. Dieser Verdacht kann erhärtet werden durch verschiedene Messungen. Laut Burisch (2006, S. 34) haben sich bislang nur zwei Instrumente durchgesetzt: das Maslach Burnout Inventory (MBI) und das Tedium Measure (TM), das später in Burnout Measure umbenannt wurde.

2.3.1.1 Maslach Burnout Inventory (MBI)

Das MBI besteht in seiner ursprünglichen Version aus 22 Items, die in drei Skalen unterteilt sind:

- „Emotionale Erschöpfung (*Emotional Exhaustion, EE*), 9 Items
- *Depersonalisation (DP)*, 5 Items
- *Leistungs(un)zufriedenheit (Personal Accomplishment, PA)*, 8 Items¹⁰

Ein Beispielitem für EE ist: „Nach der Arbeit bin ich völlig fertig“, für DP: „Manche meiner Partner sind mir ziemlich gleichgültig“, für PA: „Ich glaube, ich kann mich in meine Partner gut (nicht gut) hineinversetzen“ (vgl. Burisch, 2006, S. 34).

Bei den Items handelt es sich also um Aussagen, die sich auf Gefühle oder Einstellungen der Person ihrer Arbeit gegenüber beziehen, wobei die Häufigkeit des Zutreffens der Aussagen anhand einer siebenstufigen Ratingskala abgefragt wird.

Neben der Urform des Maslach Burnout Inventory, das jetzt MBI Human Services Survey (MBI-HSS) heißt, hat sich auch eine Version für Lehrpersonal, das MBI Educators Survey (MBI-ES) durchgesetzt, und als MBI General Survey (MBI-GS) eine Version für Berufe, in denen nicht mit Menschen gearbeitet wird.

¹⁰ In der ersten Version hatte das MBI eigentlich 6 Subskalen, da jedes Item zweimal, nach Intensität und nach Häufigkeit, beantwortet werden musste. Die Intensitätsskalen wurden dann zugunsten eines einzigen Häufigkeitsformats (von „nie“ bis „täglich“) in die weiteren Versionen nicht mehr aufgenommen, weil die beiden Formate ohnehin hoch korreliert waren (vgl. Burisch, 2006, S. 34).

Das MBI-ES ist im Wesentlichen identisch mit dem MBI-HSS, nur wird in den Items die Bezeichnung Schüler statt Klient verwendet.

Das MBI-GS hat im Gegensatz zum MBI nur 16 Items, auch die Skalen unterscheiden sich: die Subskalen des MBI-GS sind

- Erschöpfung
- Zynismus
- Berufliche Effizienz

Der Unterschied zur Urform des MBI besteht vor allem in einer größeren Aufmerksamkeit der Items auf die Arbeitsleistung und nicht so sehr auf die Dienstleistungskomponente bzw. die Personenbezogenheit der Arbeit (vgl. Prskavec, 2005, S. 13 f; Burisch, 2006, S. 35).

2.3.1.2 Tedium Measure (TM)

Das Tedium Measure (TM) nach Pines ist das Messinstrument für Überdruß¹¹.

Der Grad des Überdrußes wird mithilfe eines Fragebogens von 21 Fragen gemessen, die nur hinsichtlich der Häufigkeit beantwortet werden.¹² Diese Fragen beziehen sich auf die drei Aspekte dieses Zustandes:

„1. Körperliche Erschöpfung: müde sein, körperlich erschöpft sein, sich erledigt fühlen, sich abgearbeitet fühlen, sich ausgelaugt fühlen, sich schwach fühlen, sich tatkräftig fühlen.

2. Emotionale Erschöpfung: sich niedergeschlagen fühlen, emotional erschöpft sein, sich ausgebrannt fühlen, sich gefangen fühlen, bekümmert sein, sich hoffnungslos fühlen, Angst haben.

3. Geistige Erschöpfung (negative Einstellungen zum Selbst, zum eigenen Leben und zu anderen Menschen): glücklich sein, unglücklich sein, einen guten Tag haben, sich wertlos fühlen, sich optimistisch fühlen, über andere Menschen verärgert oder enttäuscht sein, sich zurückgewiesen fühlen“

(Pines et al., 2000, S. 235)

Die Fragen werden in zufälliger Reihenfolge dargeboten und jeweils nach einer 7 - Punkte-Skala beantwortet. Sie sind wie folgt definiert: 1 = niemals, 2 = ein einziges Mal, 3 = selten, 4 = manchmal, 5 = oft, 6 = meistens, 7 = immer. Der

¹¹ Laut Aronson et al. (1983) ist „Ausbrennen“ nach Definition und Symptomatik mit Überdruß identisch, jedoch spricht man vom Ausbrennen nur bei Menschen, die in emotional anspruchsvollen Situationen mit anderen Menschen arbeiten. Diese Unterscheidung wurde aber aufgegeben (vgl. 2.1.3.2, S. 11).

¹² Vgl. die Abbildung 9 im Anhang S. I.

errechnete Wert für den Überdruß ist der Mittelwert der Antworten auf die einzelnen Fragen, von denen vier im Gegensatz zu bewerten sind: sich tatkräftig fühlen, glücklich sein, einen guten Tag haben, sich optimistisch fühlen.

2.3.1.3 Kritik am MBI und TM

Hinsichtlich Validität und innerer Konsistenz hat das TM bei einer Stichprobe von 67 Probanden gute Werte gezeigt, weniger ermutigend fielen hingegen die Ergebnisse für das MBI aus. Eine ausreichende diskriminante Validität gegenüber Konstrukten wie Depression, Selbstwertgefühl oder Ängstlichkeit scheint das TM aber nicht zu besitzen. Während das TM universell anwendbar ist, lässt sich das MBI-HSS nur bei Berufstätigen aus Dienstleistungs- und Sozialberufen einsetzen, weil einige Itemformulierungen auf die Berufstätigkeit Bezug nehmen (vgl. Burisch, 2006, S. 35 f). Burisch meint hier weiters, dass sich das MBI in der Form HSS über die Jahre als „Goldstandard“ etabliert hat; angesichts der erwähnten Schwachstellen erstaune es, dass mehr als 90% der veröffentlichten Studien dieses Messinstrument einsetzen.

2.3.2 Abgrenzung zu Nachbarkonzepten

Wie bereits unter 2.1.1, (S. 6) erwähnt wurde, muss bei der Differentialdiagnose zu Burnout an „Stress“, „Arbeits(un)zufriedenheit“, „Depression“ und im weitesten Sinne auch an „Bewältigung“ gedacht werden.¹³

2.3.2.1 Stress als Schlüsselphänomen für das Burnout-Syndrom

Dass Stress für das Verständnis des Burnout-Syndroms ein Schlüsselphänomen ist, wird von vielen Autoren betont (z.B. Aronson et al., 1983; Cherniss, 1999; Freudemberger & North, 1992; Schmid, 2003; Burisch, 2006; Maslach & Leiter, 1997).

Laut Zimbardo ist Stress

„... ein Muster spezifischer und unspezifischer Reaktionen eines Organismus auf Reizereignisse, die sein Gleichgewicht stören und seine Fähigkeiten zur Bewältigung strapazieren oder überschreiten. Diese Reizereignisse umfassen eine ganze

¹³ Auf das Phänomen „Stress“ wird hier ausführlicher eingegangen, da es für das Verständnis von Burnout von großer Bedeutung ist.

Bandbreite externer und interner Bedingungen, die allesamt als Stressoren bezeichnet werden.“

(Zimbardo, 1992, S. 477)

Zimbardo sieht als mögliche Reaktion von Stress unter anderem auch Burnout:¹⁴

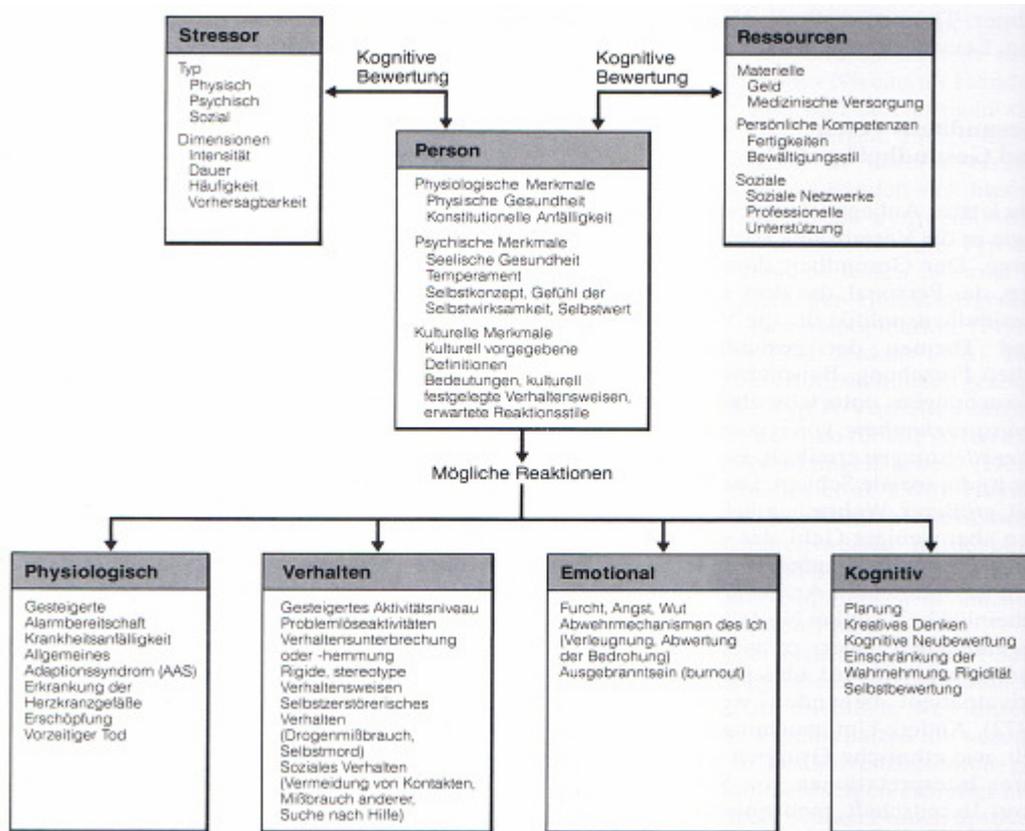


Abbildung 4: Das Stressmodell nach Zimbardo (Zimbardo, 1992, S. 478)

Diese Abbildung fasst die wichtigsten Zusammenhänge eines Stressgeschehens zusammen:

„Die kognitive Bewertung der Streßsituation [sic] und der Stressor beeinflussen sich gegenseitig. Das gleiche gilt für die physischen, sozialen und persönlichen Ressourcen, die zu dessen Bewältigung zur Verfügung stehen. Die Person, die immer eine einzigartige Kombination physischer, psychischer, verhaltensbezogener und kultureller Eigenschaften aufweist, reagiert auf Bedrohungen auf vielfältige Weise. Darunter fallen physiologische, verhaltensbezogene, emotionale und kognitive Reaktionen, von denen einige adaptiv, andere fehlangepaßt [sic] oder sogar tödlich sind.“

(Zimbardo, 1992, S. 478)

¹⁴ Vgl. in der Abbildung 4: „Emotionale Reaktionen“.

Burisch (2006, S. 81) unterscheidet drei Forschungstraditionen, die alle, obwohl oder gerade weil sie nicht einmal in der Terminologie übereinstimmen, Wertvolles zum Thema Burnout beitragen:

- Physiologische Stressforschung (Hans Selye)
- Psychologische Stressforschung (Richard Lazarus)
- Organisationspsychologische Stressforschung (Robert Kahn)

Ad Physiologische Stressforschung:

Einer der bekanntesten Stressforscher ist Hans Selye. Laut Schmid (2003, S. 51) hat er den Begriff in die Humanwissenschaften eingeführt. Selye (1988, S. 58) definiert Stress als „*die unspezifische Reaktion des Körpers auf jede Anforderung, die an ihn gestellt wird*“, wobei er zwischen Stress aufgrund angenehmer Erfahrungen (sog. Eustress) und Stress aufgrund unangenehmer Erfahrungen (sog. Distress) unterscheidet.

Die beobachtbaren körperlichen Anzeichen des Burnout-Syndroms sind identisch mit dem, was Selye das Allgemeine Anpassungssyndrom (AAS) oder auch General Adaptation Syndrome (GAS) genannt hat (vgl. Burisch, 2006, S. 81). Das AAS weist drei Phasen auf, die Selye folgendermaßen bezeichnet (vgl. Selye, 1953, S. 58):

1. Die Alarmreaktion
2. Das Stadium der Resistenz
3. Das Stadium der Erschöpfung

Alarmphase:

Sobald die Alarmreaktion durch einen Stimulus ausgelöst wird, aktiviert der Hypothalamus auf hormonalem und neuralem Weg Nebennierenrinde und -mark. Die Hormone Adrenalin und Noradrenalin werden ausgeschüttet, diese erhöhen den Blutdruck, beschleunigen den Pulsschlag und bewirken eine Verlagerung des vegetativen Gleichgewichts zum Sympathikus. Damit im Bedarfsfall die Muskulatur versorgt werden kann, werden die Zucker- und Fettreserven des Körpers angegriffen. Der Muskeltonus ist erhöht, Verdauungs- und Sexualfunktionen werden vermindert bzw. ausgeschaltet, die Immunabwehr ist geschwächt, die Blutgerinnungsfähigkeit erhöht. Durch die Einwirkung der Nebennierenhormone an den Synapsen des Zentralnervensystems ist die kognitive Leistungsfähigkeit herabgesetzt.

Resistenzphase:

Hat es sich nur um einen kurzzeitigen Stressor gehandelt (z.B. Stolpern, lauter Knall etc.), folgt eine Erholungsphase, wobei alle physiologischen Parameter in ihr Ausgangsniveau zurückkehren. Folgen der ersten Alarmreaktion alsbald weitere und gibt es keine Entwarnung (z.B. bei einer längeren Autofahrt auf Glatteis), dann geht der Organismus in die Widerstandsphase über. In dieser ist zwar die Widerstandskraft gegenüber dem ursprünglichen Stressor erhöht, wenngleich die Alarmreaktion durch neu hinzukommende Stressoren jetzt noch schneller ausgelöst werden kann als aus der Ruhelage heraus; es bleibt jedoch die Immunreaktion als Ganzes geschwächt. Krankheitserreger können somit schwerer bekämpft werden. Daneben haben die dauernd erhöhten Konzentrationen gewisser Nebennierenhormone eine Reihe weiterer Nebenwirkungen, speziell dann, wenn die motorischen Energiereserven nicht durch körperliche Betätigung abgerufen werden:

- Schrumpfung der Thymusdrüse¹⁵;
- nicht abgebaute Fettsäuren im Blut beschleunigen die Arteriosklerose;
- eine verstärkte Blutgerinnungsfähigkeit erhöht die Thromboseneigung;
- das Ungleichgewicht im vegetativen Nervensystem belastet den Kreislauf und erhöht das Herzinfarkttrisiko;
- Magen- und Darmgeschwüre entstehen durch erhöhte Magensäureproduktion und Darmverkrampfungen;
- alle Sexualfunktionen werden dauerhaft beeinträchtigt;
- Konzentrations- und Lernschwierigkeiten können auftreten.

Nicht alle diese Prozesse müssen unbedingt zu den genannten manifesten Erkrankungen führen. Es hängt unter anderem von konstitutionellen Faktoren und vom Grad der Vorschädigung des Organismus ab, an welchem Organ die Beeinträchtigungen am frühesten und am massivsten auftreten. Ein gesunder Organismus kann mehrere solcher Widerstandsphasen überstehen, ohne dass es zu den genannten Manifestationen kommt, vorausgesetzt, es gibt ausreichend lange Erholungsphasen und die Belastung ist nicht zu langfristig oder zu massiv. (vgl. Burisch, 2006, S. 82).

¹⁵ Die Thymusdrüse gilt als zentrales Steuerungsorgan des Immunsystems; bei Schwächung können Krebsentstehung und –wachstum die Folge sein.

Erschöpfungsphase:

Wenn dagegen die Stresssituation lange und intensiv andauert, tritt die Erschöpfungsphase ein. Charakterisiert ist diese Phase durch das erneute Auftreten der Symptome der Alarmreaktion, diesmal allerdings irreversibel. (vgl. Burisch, 2006, S. 82 f).

Wie schon oben erwähnt lassen sich Parallelen ziehen zwischen den somatischen bzw. psychosomatischen Symptomen des Burnout-Syndroms¹⁶ und denen des AAS. Selye betont die Unspezifität der Stressreaktion, die durch jede Auslenkung der Situation aus der Normallage ausgelöst werden könne, so z.B. auch durch freudige Überraschungen (vgl. Burisch, 2006, S. 83). Er hat sich im Wesentlichen um die Erforschung eben dieser unspezifischen Reaktion bemüht, wohingegen die Stimulusseite, d. h. die spezifischen „Stressoren“, ihn weniger beschäftigt hat.

Diese Stressoren wiederum sind rasch zu einem Aufgabenbereich von Psychologen geworden, die übrigens auch die behauptete Unspezifität der Stressreaktion bezweifeln. Im psychologischen Sprachgebrauch allerdings findet das Wort „Stress“ (Beanspruchung) für die auslösenden Reize Anwendung und „Strain“ (Belastung) für die Reaktionsseite. (vgl. Burisch, 2006, S. 85).

Ad Psychologische Stressforschung:

Die psychologische Stressforschung betrachtet Stress als etwas Individuelles. Es ist ein Verdienst der psychologischen Stressforschung, die Bedeutung individueller psychischer Faktoren mit unterschiedlichen physiologischen Reaktionsmustern auf Stressoren herausgearbeitet zu haben. Ein und dieselbe „objektive“ Situation löst bei einem Menschen sehr starke, bei einem anderen gar keine Reaktionen aus. Insbesondere psychosoziale Stressoren sind nur subjektiv zu definieren (vgl. Burisch, 2006, S. 85).

Diese phänomenologische Sichtweise ist vor allem Lazarus zu verdanken (vgl. Burisch, 2006, S. 85), der meint:

„For threat to occur, an evaluation must be made of the situation, to the effect that a harm is signified. The individual's

¹⁶ Siehe 2.2, S. 23: „Psychosomatische Reaktionen“ in der Symptomatik nach Burisch.

knowledge and beliefs contribute to this. The appraisal of threat is not a simple perception of the elements of the situation, but a judgement, an inference in which the data are assimilated to a constellation of ideas and expectations."

(Lazarus, 1966, S. 44)

Nach Lazarus entscheiden Menschen in einer primären Lageeinschätzung, ob eine Situation neutral, positiv oder stressgeladen ist. Stresssituationen sind solche, die mit Schaden / Verlust, Bedrohung und / oder Herausforderung einhergehen.

- *Schaden / Verlust* bedeutet bereits eingetretene Ereignisse, wie Verletzungen, den Verlust einer Freundschaftsbeziehung oder eine Minderung des Selbstwertgefühls.
- Als *Bedrohung* wird die Befürchtung bezeichnet, vor Anforderungen gestellt zu werden, zu deren zufriedenstellender Bewältigung die eigenen Ressourcen nicht ausreichen; es werden negative Konsequenzen für wichtige persönliche Ziele vermutet.
- *Herausforderung* meint die Chance, eine Anforderung zu bewältigen und so Fähigkeitszuwachs oder Gewinn zu erlangen.

Bedeutend ist die subjektive Bewertung in folgenden Bereichen:

- Erwartung einer Anforderung,
- Qualitätsnorm, nach der die eigene Reaktion bewertet wird,
- Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten und Mittel,
- Risikoeinschätzung bezüglich des persönlichen Wertemusters.

Burisch (2006, S. 86) stellt fest, dass z. B. eine berufliche Beförderung um so eher als Bedrohung angesehen wird, je höher die Anforderungen eingeschätzt werden, je strenger die Maßstäbe für erfolgreiche Rollenausführung sind, je geringer die eigenen Kompetenzen und Ressourcen veranschlagt und je dramatischer die Konsequenzen eines Scheiterns vermutet werden.

Die primäre Lageeinschätzung vollzieht sich sehr schnell, in der Regel in Sekundenbruchteilen.

Im Unterschied dazu gibt es die sekundäre Lageeinschätzung, bei der es zu einer bewussten Auswahl und Prüfung von verfügbaren Handlungsalternativen kommt. Es handelt sich hierbei bereits um das erste Stadium der Situationsbewältigung (Coping). Man stellt sich die Frage: Was kann ich unternehmen? Die Antwort darauf wird unter Abwägung der physischen, psychischen, sozialen und materiellen

Ressourcen gefunden, deren denkbare Wirksamkeit und zu befürchtende Nebeneffekte werden geprüft.

Die kognitive Komponente ist das zentrale Unterscheidungsmerkmal zu den physiologischen Stresstheorien (vgl. Burisch, 2006, S. 86) insofern, als in der psychologischen Stresstheorie der Mensch als Individuum angesehen wird. Durch die individuelle Sichtweise lässt sich erklären, warum unter äußerlich ähnlichen Bedingungen manche Menschen in einen Stress- bzw. einen Burnout-Prozess geraten und andere nicht.

Ad Organisationspsychologische Stressforschung:

Die Stressforschung ist durch Robert Kahn und durch eine äußerst produktive Gruppe um ihn am Survey Research Center der University of Michigan aus den Laboratorien an den Arbeitsplatz verlegt worden. Somit ist der Bezug zum Burnout-Syndrom noch deutlicher geworden. Robert Kahn hat sich als einziger prominenter Stressforscher im Jahre 1978 auch direkt zu Burnout geäußert (vgl. Burisch, 2006, S. 87).

Burisch (2006, S. 87) meint weiters, dass die in diesem Zusammenhang wichtigste Veröffentlichung „Organizational Stress“ von Kahn et al. (1964) im Rahmen eines umfassenden Forschungsprogramms über den Einfluss von Organisationen auf das Individuum entstand.

Kahn et al. (1964) legten nicht nur zahlreiche empirische Befunde vor, sondern bemühten sich auch um eine Klärung der Begriffe, wie z. B. Rollenkonflikt (S. 55 f) und Rollenunklarheit (S. 72 f), die für das Verständnis von Burnout zusätzlich nützlich sind.

Jede Position innerhalb einer Organisation ist mit einer Menge von Tätigkeiten und Verhaltensweisen verbunden. Für den Inhaber einer Position sind die *Rollenerwartungen*, die andere Personen (Vorgesetzte, gleichrangige Kollegen, alle, die mit ihm zusammenarbeiten) an ihn richten, sehr entscheidend. Personen, die Rollenerwartungen an den Positionsinhaber haben, werden *Rollensender* genannt. Der Rollensender übermittelt Rollenerwartungen an den *Rollenempfänger*. Die Rollenerwartungen eines Rollensenders definieren die *zugewiesene Rolle*. Die empfangenen Rollenerwartungen können verzerrt, vergrößert, verstärkt oder

abgeschwächt sein, weil Rollenerwartungen selten unmissverständlich kommuniziert werden. Was davon letztendlich ankommt, wird *empfangene Rolle* genannt. Die empfangene Rolle muss mit der zugewiesenen Rolle nicht identisch sein. Wenn der Rollensender ein großes Interesse an der Rollenausübung des Positionsinhabers hat, wird er versuchen, ihn in Richtung eines erwartungskonformen Verhaltens zu beeinflussen. Diese gestellten Ansprüche werden *Rollendruck* genannt. *Rollenkonflikte* entstehen, indem einem *Rollenträger* inkompatible Rollenerwartungen übermittelt werden. In der Differenz von zugewiesener und empfangener Rolle sehen Kahn et al. (1964) einen zugewiesenen und einen empfundenen Rollenkonflikt. Letzterer entspricht der subjektiven Repräsentation des ersteren und ist das, was Stress auslöst. Belastung entsteht dann dadurch, dass man sich zwischen verschiedenen Handlungstendenzen nicht entscheiden kann.

Ein weiterer Begriff der Rollentheorie ist die *Rollenüberlastung*. Zu dieser kommt es, wenn der Rollensender Anforderungen stellt, die möglicherweise kompatibel sind, jedoch nicht in der verfügbaren Zeit oder verlangten Qualität.

Wenn ein Rollenträger weniger Informationen zur Verfügung hat, als er zur Bewältigung seiner Aufgaben oder auch zur Stressbewältigung braucht, entsteht *Rollenunklarheit*. Diese Informationsdefizite verursachen Unsicherheit. Es ist auch die Politik vieler Organisationen, ihre Mitarbeiter nur so viel wissen zu lassen, wie sie zur Ausübung ihrer Funktionen unbedingt benötigen. Der Mitarbeiter, den eine Anforderung unvorbereitet trifft, wird weniger effektiv Widerstand leisten, als einer, der sich vorher schon Handlungsstrategien überlegt hat (vgl. Burisch, 2006, S. 88 f; Kahn et al., 1964, S. 72 f).

Nach diesen Ausführungen ist zu erkennen, dass die Brücke zwischen „Stress am Arbeitsplatz“ und „Burnout“ sehr kurz geworden ist.

2.3.2.2 Arbeits(un)zufriedenheit

Man könnte annehmen, Burnout sei ein Synonym für Arbeitsunzufriedenheit. Auf der einen Seite liegt es nahe, einen Zusammenhang zwischen Burnout und Arbeitsunzufriedenheit anzunehmen, andererseits konnten z. B. Pines et al. (2000) mit Hilfe der Überdruß-Skala kaum Korrelationen zwischen Burnout und Arbeits(un)zufriedenheit feststellen. Es muss demnach Menschen geben, die sich selbst als ausgebrannt, aber dennoch als zufrieden mit der Arbeit bezeichnen. (vgl. Burisch, 2006, S. 130). Erklärungsansätze zeigen, dass eigenes Versagen, Arbeitsbedingungen und auch Faktoren außerhalb der Arbeit eine große Rolle

spielen können und somit Arbeits(un)zufriedenheit an sich ein komplexes und schwer fassbares Phänomen darstellt.

Im Sinne des „Dynamischen Modells zur Arbeitszufriedenheit“ nach Bruggemann et al. (1975, zitiert nach Burisch, 2006, S. 132 f) werden sechs Typen der Arbeitszufriedenheit bzw. –unzufriedenheit beschrieben.

Das Modell beginnt mit einem Vergleich der allgemeinen und konkreten Merkmale der Arbeitssituation (Ist-Werte) mit den generellen und konkreten Bedürfnissen, die an die Arbeitssituation gestellt werden (Soll-Werte). Daraus resultieren

- diffuse Arbeitszufriedenheit oder diffuse Arbeitsunzufriedenheit,
- offene Wünsche (die Ansprüche und Bedürfnisse werden aufrechterhalten oder aufgegeben)
- resignative Arbeitszufriedenheit (das Anspruchsniveau wird gesenkt)
- konstruktive Arbeitsunzufriedenheit (Problemlösungsversuche werden unternommen)
- fixierte Arbeitsunzufriedenheit (der Verzicht auf Anstrengung setzt sich durch) und
- Pseudo-Arbeitszufriedenheit (die Situationswahrnehmung wird verfälscht).

In diesem Modell kann es in jeder Phase der Arbeit(un)zufriedenheit zu einem neuen Ist-Soll-Vergleich kommen und zwar im Sinne eines „Neustartes“.

Anzumerken ist noch, dass sich laut Burisch (2006, S. 133) das Bruggemann-Modell sehr gut mit den Vorstellungen des Psychologen Lazarus bezüglich Stress und Coping verbinden lässt und Theorien zur Arbeit(un)zufriedenheit im Allgemeinen einen wesentlichen Beitrag zur Burnoutforschung leisten können.

2.3.2.3 Depression

Eine Vielzahl der Symptome des fortgeschrittenen Burnout-Prozesses stellt eine Parallele zur leichten bis mittelgradigen depressiven Episode dar, beschrieben nach den einschlägigen Diagnoseschemata DSM (Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen) und ICD (Internationale Klassifikation psychischer Störungen).

Bangert (2002, S. 98) vergleicht die Symptome des Burnout-Syndroms mit denen der depressiven Verstimmung und stellt fest, dass Burnout im Endstadium nichts anderes ist als eine Depression oder depressive Verstimmung. Einige wenige Charakteristika seien genannt: Energiemangel, chronische Ermüdung, Schwäche,

Veränderungen des Körpergewichts, Schlafstörungen, Niedergeschlagenheit, Gefühl der Hilflosigkeit oder der Hoffnungslosigkeit, Gefühl der Leere und Verzweiflung, Vereinsamung, negative Einstellung zum Selbst, zur Arbeit und zum Leben, Verlust der Selbstachtung (vgl. Bangert, 2002, S. 99).

Knauder (2005) sieht den Unterschied zwischen Burnout und Depression vor allem in der Ursache:

„Depressionen werden demnach verursacht durch ein erschütterndes Ereignis oder mehrere, die mit einem Verlust zu tun haben. Burn-out hingegen wird von Überbelastung und tief greifender Müdigkeit hervorgerufen und ist gekennzeichnet durch einen fortschreitenden Verfall der persönlichen Energie.“

(Knauder, 2005, S. 33)

Sie meint weiters, dass die Depression im Verlauf eines Burnout-Prozesses ein Symptom des Burnout ist, ein Ergebnis anhaltenden Stresses, und kein eigenständiges Phänomen. Auch ist eine Depression aufgrund eines Burnout zeitlich begrenzt und entwickelt sich nur in extremsten Fällen zur Depression im klinischen Sinn (vgl. Knauder, 2002, S. 33).

Die Spezifizierung des Burnout-Prozesses im Hinblick auf arbeitsbezogene emotionale Belastung, Reaktivität in professionellen Beziehungen, Reaktivität auf Missstände der Arbeitsbedingungen etc. macht deutlich, dass Burnout einige depressive Symptome beinhalten kann, jedoch ein eigenständiges Konzept ist (Hickel, 2003, S. 8). In der „Internationalen Klassifikation psychischer Störungen“, kurz ICD-10, wird das Burnout-Syndrom (auch genannt als Erschöpfungssyndrom und Ausgebranntsein) mit dem Diagnose Schlüssel Z 73.0 erfasst (vgl. Dilling & Freyberger, 2000, S. 368).

2.3.2.4 Bewältigung

In Stresssituationen entwickeln und zeigen Menschen Strategien, um mit Stress umzugehen und ihn zu bewältigen, d. h. sie entwickeln und zeigen Copingverhalten¹⁷. Coping steht für die Summe der sich stets verändernden Anstrengungen, die eine Person unternimmt, um mit inneren und/oder äußeren

¹⁷ Vgl. dazu die Ergebnisse der psychologischen Stressforschung bei Lazarus (1966) oben auf S. 30 f.

Beanspruchungen und Herausforderungen fertig zu werden (vgl. Lazarus & Folkman, 1984, zitiert nach Schmid, 2003, S. 87). Schmid (2003, S. 87) stellt fest, dass Coping als kognitiver, emotionaler und behavioraler Prozess nicht nur auf die Beseitigung der Stressoren abzielt, sondern auch auf die Erlangung eines neuen System-Umwelt-Verhältnisses auf verändertem Organisationsniveau.

Bewältigungsversuche können zwei Typen zugeordnet werden abhängig davon, ob das Ziel darin besteht, das Problem zu lösen (problemzentriert) oder das durch das Problem verursachte Unbehagen zu verringern (emotionszentriert).

Problemzentriertes Coping beinhaltet alle Strategien des direkten Umgangs mit dem Stressor. Diese Strategien konzentrieren sich auf das Problem, das zu lösen ist, und auf die Bedingungen, die den Stress verursacht haben. Die Aufforderung zum Handeln wird akzeptiert, die Situation beurteilt, die Ressourcen, die zur Bewältigung zur Verfügung stehen, bewertet und es wird eine Reaktion ausgeführt, die der Entfernung oder Verringerung der Bedrohung angemessen ist.

Emotionszentriertes Coping zielt darauf ab, Gefühle und Gedanken zu verändern. Es handelt sich eher um einen Versuch der Heilung als der Problemlösung, denn das Ziel ist die Abschwächung der emotionalen Auswirkungen von Stress, damit wir uns besser fühlen, auch wenn der bedrohliche oder schädliche Stressor nicht beeinflusst werden kann. Emotionszentriertes Coping wird vor allem dann eingesetzt, wenn die Situationskontrolle mit den vorhandenen Mitteln nicht möglich und somit die Lage für das Individuum unabänderlich ist. Diese Bewältigungsstrategie hat jedoch ihre Nachteile, es können unbewusste Prozesse hervorgerufen werden, die die Realität verzerren und zu innerpsychischem Stress führen (vgl. Zimbardo, 1992, S. 490 f).

Fest steht, dass die meisten Menschen mehrere Coping-Strategien anwenden. Auch muss der Zusammenhang zwischen wirksamer Belastungsbewältigung und psychophysischer Gesundheit betont werden. Bedeutend ist die Kompetenzerhöhung im Sinne einer Selbstveränderung. Die Stimulation positiver Gefühle wie Selbstakzeptanz, Glück und Wohlbefinden, und die Stärkung von Autonomie tragen einiges dazu bei, einerseits gar nicht in die „Burnout-Falle“ zu geraten und andererseits eine Burnout-Krise leichter zu überstehen.

2.4 Allgemeine Therapie des Burnout

Zur Therapie des Burnout-Syndroms gibt es trotz zahlreicher Einzelhinweise bisher kaum gesichertes Wissen. Laut Wikipedia, der freien Enzyklopädie, müssen Patienten mit Burnout-Syndrom durch professionelle Hilfe unterstützt werden. In den Anfangsphasen können noch ausgedehnte Erholung, z. B. in Form einer Kur, oder ein Arbeitsplatzwechsel ausreichend Hilfe leisten. Im fortgeschrittenen Stadium hingegen vergeht ein Burnout-Syndrom nicht „einfach“ von selbst.

Burisch (2006, S. 247) beschreibt in Anlehnung an Schaufeli & Enzmann drei Ansatzpunkte, wo Interventionen ansetzen können: Am Individuum, an der „Schnittstelle“ von Individuum und Organisation und an der Organisation selbst.¹⁸

2.4.1 Psychohygienische Selbstbehandlungsmöglichkeiten

Fengler (1999) führt einige Maßnahmen der Psychohygiene an. Burnout-gefährdete Menschen sollen immer wieder ihren Alltag betrachten und sich fragen:

- *„Lasse ich in der Gestaltung meines Alltags Vernunft walten?*
- *Konsumgewohnheiten, Essen, Trinken und Schlaf, Bewegung, Freizeit*
- *Freundeskreis, Wohnung, Wege zur Arbeit, Rückkehr nach Hause, Termingestaltung – hat das alles Vernunft?*
- *Schleppe ich unerledigte Geschäfte mit mir herum?*
- *Erfüllt mich bezüglich meiner Tätigkeit eine tiefe Abneigung?*
- *Verbringe ich zu viel Zeit in Sitzungen, mit Verwaltungsarbeit, im Auto, vor dem Fernseher?*
- *Bei welchen Gelegenheiten greife ich zu kleinen oder größeren Notlügen, Über- und Untertreibungen, Unwahrheiten?*
- *Welche Menschen kann ich zu meiner Entlastung und Unterstützung in Anspruch nehmen?“*

(Fengler, 1999, S. 314)

Alle diese Überlegungen können zu einem angenehmeren Alltag beitragen. Auch Entspannungstechniken können der Psychohygiene zugeordnet werden. Mehrere Autoren (z. B. Bangert, 2002; Burisch, 2006; Maslach, 2001) sprechen von einem Stresstagebuch, das erfolgreich eingesetzt wird und von großer Bedeutung für die

¹⁸ In Eingrenzung dieser Arbeit kann hier nur auf die Interventionen am Individuum eingegangen werden. Hier geht es vor allem um die Frage des Einzelnen: „Was kann ich persönlich gegen meine Krise unternehmen?“

eigene Psychohygiene ist. Diese Maßnahmen können auch präventiv, also im Vorfeld eines beginnenden Beschwerdebildes, greifen.

2.4.2 Gesunde Lebensweise und aktive Freizeitgestaltung

Unter anderem gehören gesunde Ernährung, ausreichender Schlaf, genügend Erholungsphasen und regelmäßige Bewegung in diese Kategorie. Aronson et al. (1983, S. 175) weisen zusätzlich auf Flow-Erlebnisse¹⁹ und auf die Selbstverwirklichung, das oberste in der Hierarchie menschlicher Bedürfnisse, hin.

Flow-Erlebnisse sind laut Mikaly Csikszentmikalyi „Gipfelerlebnisse“ bei Menschen, die aus sich selbst motiviert sind. Er fand heraus, dass diese Menschen sich mehr als andere mit Tätigkeiten befassen, die um ihrer selbst willen und nicht wegen greifbarer Belohnungen ausgeführt werden. Diese Flow-Erlebnisse fand man z. B. bei Bergsteigern, Tänzern, Chirurgen, Komponisten, Schachspielern aber auch bei Menschen, die sich mit Wissenschaft, Kunst und Religion beschäftigen. Die Gefühle, die diese Flow-Erlebnisse vermitteln, sind ein vollständiges Hingeebensein, das die Unterscheidung zwischen Selbst und Umwelt und zwischen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft weitgehend aufhebt. Flow-Erlebnisse sind glückliche Augenblicke im Leben und die Erinnerung an sie kann eine wichtige Determinante für die aktuelle Glücksempfindung sein:

„Die Gipfelerlebnisse bestimmen die Sinnhaftigkeit des Lebens, und ein einziger Augenblick kann rückwirkend einem ganzen Leben Sinn geben.“

(Aronson et al., 1983, S. 176)

Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass Menschen, die bis zum „Flow“ in Tätigkeiten aufgehen, über weniger Überdruß berichten. Wenn Flow-Erlebnisse oder flow-ähnliche Gefühle nicht in der Arbeit zu erreichen sind, so könnten sie in der Freizeit durch Wandern, Tanzen oder Malen erfahren werden (vgl. Aronson et al., 1983, S. 177).

Das Bedürfnis nach *Selbstverwirklichung* kann erst nach Erfüllung anderer, niedrigerer Bedürfnisse (Nahrung, Wasser, Luft und Schlaf) befriedigt werden. Die Selbstverwirklichung schafft die Verbindung von Selbst und Gesellschaft. Sie bringt

¹⁹ Vgl. dazu auch 4.3.1, S. 78.

das eigene Potential zum Ausdruck und bedingt Wandel und Wachstum, schafft Offenheit für neue Erlebnisse und Erfahrungen. Selbstverwirklichung ist aktives und kreatives Leben. (vgl. Aronson et al., 1983, S. 177 f). Sie kann insofern zur gesunden Lebensweise gezählt werden, als sie dazu beiträgt, das Leben als einen Lernprozess anzusehen und aus Fehlern zu lernen. Aronson et al. (1983, S. 178) haben anhand von Untersuchungen festgestellt, dass Selbstverwirklichung und Überdruß (Ausbrennen) in einem Zusammenhang stehen: je weniger Selbstverwirklichung, um so mehr Überdruß.

2.4.3 Arbeitsplatzwechsel

Zu diesem therapeutischen Versuch gibt es keine Forschung in größerem Maßstab, nur den Hinweis auf diejenigen Teilnehmer an Cherniss' Langzeitstudie (vgl. 2.1.3.3, S. 13), die sich mit einem Wechsel des Arbeitsplatzes zu helfen wussten. Gründe, warum sich diese Professionellen vom Burnout erholt haben, lagen in der Arbeitssituation am neuen Arbeitsplatz und in den individuellen Voraussetzungen. Sie sollen hier zusammenfassend dargestellt werden (vgl. dazu Cherniss, 1999, S. 135 f):

Arbeitssituation am neuen Arbeitsplatz:

- mehr Autonomie
- ein bestimmtes Maß an Unterstützung in Verbindung mit autonomer Handlungsfähigkeit; das Gefühl, dass der Arbeitsbeitrag von der Institution als wichtig geschätzt und anerkannt wird
- die Zuwendung und das Vertrauen des Chefs
- mehr Flexibilität bei Professionellen, die eine Familie hatten
- die Unterstützung durch Kollegen

Individuelle Voraussetzungen:

- herausfordernde Erfahrungen vor dem Berufseintritt
- eine realistische Einschätzung über persönliche Stärken, Schwächen und Prioritäten
- die Entwicklung größerer Verhandlungskompetenz in Institutionen
- ein persönliches Engagement für die Arbeit in Balance mit Familie und Freizeit
- eine realistische Zielsetzung und Erwartungshaltung

Einige wenige der Professionellen haben sich auch ohne Arbeitsplatzwechsel erholt. Die Gründe dafür sind mit jenen, die unter „Individuelle Voraussetzungen“ angeführt wurden, vergleichbar.

2.4.4 Psychotherapie und Medikation

Die meisten Menschen, die an Burnout erkranken, nehmen erst dann professionelle Hilfe in Anspruch, wenn jegliche Selbstbehandlungsmöglichkeiten nicht mehr ausreichen. Das kann dadurch erklärt werden, dass heutzutage Stress, ja sogar Dauerstress zum normalen Berufsalltag zählen und typische Stresssymptome wie Nervosität, Unruhe und Reizbarkeit gar nicht als „krankhaft“ bzw. „krankmachend“ wahrgenommen werden. Kraft (2005, S. 15) sieht Burnout als ein Ungleichgewicht zwischen Anspannung und Entspannung. Menschen, die an Burnout erkrankt sind, haben „die Grenze der Anpassungsfähigkeit an die Herausforderungen“ dauerhaft überschritten, meint Manfred Schedlowski, Züricher Professor für Psychologie und Verhaltensimmunbiologie (vgl. Kraft, 2005, S. 16). Einer seiner Therapieansätze ist das Umlernen verinnerlichter Maxime und Verhaltensweisen (vgl. Kraft, 2005, S. 18). Wie erfolgreich die Therapie ist, hängt zu einem gewichtigen Teil davon ab, so meint Schedlowski:

„..., ob die Betroffenen bereit sind zu akzeptieren, dass ihre bisherigen Lebensmaximen sie krank gemacht haben.“
(Kraft, 2005, S. 18)

Laut Burisch (2006, S. 249) gibt es einen amerikanischen und zwei niederländische Ansätze, um speziell arbeitsbezogene Probleme mit den Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) zu lösen. Grundlage der kognitiven Verhaltenstherapie ist der Zusammenhang von Fühlen (persönlicher Stimmung), Denken (Kognition) und Handeln (Verhalten). Dieser psychotherapeutische Weg hat sich aus der Erkenntnis entwickelt, dass es sich bei der Depression und beim Burnout um ein erlerntes Fehlverhalten handelt.

Die Korrelation zwischen Fühlen, Denken und Handeln bedeutet, dass ein Gedanke (z. B. eine schlechte Erinnerung oder eine Verallgemeinerung) die Gefühle und Handlungen eines Menschen beeinflusst. Ebenso kann eine bestimmte Handlung die individuelle Stimmung und die Gedanken verändern, beziehungsweise kann ein gewisses Gefühl auf unser Handeln und Denken Einfluss nehmen. Die KVT hat nun

die Aufgabe, das ungesunde Gefühl des Burnouts zu verändern, und konzentriert sich dabei auf die Kognition und auf das Verhalten. Verhaltenstherapeutische Elemente wie Aktivierung, Kompetenzerweiterung, Problemlösen, Übungen im Alltag, Aufbau von Bewältigungsfertigkeiten und Kommunikationsübungen gehören hier zum psychotherapeutischen Repertoire (vgl. Hautzinger, 1998, S. 50; zitiert nach Bangert, 2002, S. 173).

Faust (2007, S. 12) empfiehlt die Umverteilung der Energien vom Aufgaben- auf den Freizeitbereich als wichtige verhaltenstherapeutisch orientierte Maßnahme. Tages- und Wochenpläne sollen mit genauer Aufteilung von aktiven und passiven Freizeitphasen erstellt und auch eingehalten werden. Dazu zählt Faust auch das Anwenden eines Entspannungstrainings (z. B. Autogenes Training, Yoga), in dem die zugrunde liegenden Belastungsfaktoren bewusst gemacht werden.

Gold und Roth (1993, S. 168 f) sehen das Erstellen eines persönlichen Lebensplans als wichtige Komponente, um eine Lebenskrise zu überstehen und nachhaltig das Leben zu verändern.

Die Behandlung mit Psychopharmaka ist umstritten, aber nicht in ihrer Wirkung sondern im allgemeinen Meinungsbild. Deutlich wird dies, wenn Betroffene besorgt Arzneimittel mit Wirkung auf das Seelenleben ablehnen, aber Alkohol, Nikotin oder andere Drogen täglich konsumieren.

Wichtig bei der Behandlung mit Psychopharmaka ist die ärztliche Begleitung. Vor allem Menschen, die an Burnout leiden, neigen oft zur medikamentösen Selbstbehandlung und meinen, selber am besten zu wissen, was ihnen gut tue. Dies kann letztlich zu einer ernsthaften Zusatzbelastung führen.

Die Vorschläge des Arztes richten sich nach dem Beschwerdebild. Zunächst können psychotrope Pflanzenheilmittel²⁰ verordnet werden. Ansonsten bieten sich dann Beruhigungs- und Schlafmittel an, eventuell niederpotente Neuroleptika oder Antidepressiva (vgl. Faust, 2007, S. 13 f).

²⁰ Zum Beispiel: stimmungsstabilisierendes Johanniskraut, beruhigende Baldrian-, Hopfen-, Melisse-, Passionsblume-Präparate, angstlösende Kava-Kava- bzw. Kavain-Substanzen usw. (vgl. Faust, 2007, S. 13).

2.5 Zusammenfassung des I. Teiles

Das Burnout-Syndrom stellt ein erst seit relativ kurzer Zeit bekanntes und der Forschung anheimgestelltes Krankheitsbild dar mit einer überaus vielfältigen Symptomatik und recht unterschiedlichem Verlauf, sodass Schwierigkeiten bei der Begriffsbestimmung und Definitionsprobleme sich von selbst ergeben.

Auch die Morbiditätsrate konnte erst allmählich festgelegt werden. Meinte man anfangs, Burnout betreffe nur Menschen in einigen wenigen Sozialberufen, so brachte die bald einsetzende Forschungstätigkeit eine notwendige Ausweitung auf verschiedenste Berufsgruppen zu Tage. Die Einteilung der Krankheit in Stadien ist bis heute unterschiedlich.

In der Pionierphase der Burnout-Forschung führten zunehmend mehr empirische Untersuchungen und eine detailliertere Phänomenologie sowie teilweise auch theoretische Überlegungen zu den bis heute noch relevanten Burnout-Konzepten nach Freudenberg, Maslach und Cherniss.

Der Ausgangspunkt der anfangs zögerlich anlaufenden Burnout-Forschung ist in den USA beheimatet, bis dann in den 80er Jahren die Rezeption in Europa erfolgte. Gleichzeitig wurden unterschiedliche Theoriemodelle und vielfältige wissenschaftliche Methoden in die Burnout-Forschung integriert.

Angesichts der verwirrenden Anzahl von Symptomen des Burnout war die Erstellung von Fragebögen, wie z. B. des MBI und des TM, für die Diagnosestellung in der Praxis hilfreich. Dennoch bestehen oft Schwierigkeiten, Burnout von ähnlichen Krankheitsbildern abzugrenzen; es kommt immer wieder zu Überschneidungen, vor allem mit Stress und Depression. So ist es nicht verwunderlich, dass auch die Therapie des Burnout, die sowohl auf der somatischen als auch auf der psychischen Ebene ansetzen und auch die Umweltbedingungen ins Auge fassen muss, einen eher allgemeinen Charakter hat.

II. Teil

3 Gesundheit als Ziel körperlicher Aktivität

In diesem Kapitel sollen die gesundheitsfördernden Aspekte der körperlichen Aktivität betrachtet werden. Im Speziellen werden die Auswirkungen körperlicher Betätigung auf das psychische Wohlbefinden behandelt und Erklärungsansätze für psychische Effekte von Bewegung vorgestellt werden. Um klare Zusammenhänge herausfinden zu können, werden zunächst „körperliche Aktivität“ und „Gesundheit“ definiert.

3.1 Körperliche Aktivität

Casperson definiert körperliche Aktivität als

„... jegliche durch die Skelettmuskulatur hervorgebrachte Bewegung, die zu einem substanziellen Anstieg des Energieverbrauchs über den Ruhewert hinaus führt.“

(Casperson, 1985, zitiert nach Samitz & Baron, 2002, S. 11)

Diese sehr weitgefaste Definition beinhaltet demnach alle berufsbezogenen Tätigkeiten, sämtliche Aktivitäten im Haushalt und des täglichen Lebens, körperliche Freizeitbetätigung sowie Training und Sport im engeren Sinne (vgl. Samitz & Baron, 2002, S. 12).

Um den Zusammenhang zwischen unterschiedlichen Ausprägungsgraden körperlicher Aktivität und deren gesundheitsfördernden Einfluss auf den Menschen prüfen zu können, ist es unumgänglich, eine möglichst exakte qualitative und quantitative Beschreibung des komplexen und multidimensionalen Phänomens der körperlichen Aktivität darzustellen.

3.1.1 Qualitative Beschreibung der körperlichen Aktivität

Zur Beschreibung der qualitativen Dimension wurden in der Vergangenheit unterschiedliche Klassifikationsversuche vorgenommen. Diese richteten sich entweder nach dem Aktivitätstyp oder nach dem Zweck (vgl. Samitz & Baron, 2002, S. 12).

Beim **Aktivitätstyp** werden mechanische und metabolische Charakteristika körperlicher Aktivität unterschieden.

Die Klassifikation nach mechanischen Kriterien erfolgt in Abhängigkeit von der Art der Muskelkontraktion, die bei einer bestimmten körperlichen Aktivität überwiegt. Diese kann statisch²¹ oder dynamisch²² sein, wobei die dynamische Form polymorpher ist und weiter ausdifferenziert wird (z.B. isotonisch, auxotonisch, konzentrisch, exzentrisch etc.).

Eine Klassifikation nach metabolischen Kriterien wird in Abhängigkeit von der Verfügbarkeit von Sauerstoff für die Muskelkontraktion vorgenommen: aerob²³ bzw. anaerob²⁴.

Die meisten Aktivitäten beinhalten allerdings statische und dynamische Muskelkontraktionen sowie aerobe und anaerobe Stoffwechselanteile.

Die Klassifikation nach dem **Zweck** hat sich in der epidemiologischen Forschung durchgesetzt:

Berufsbezogene körperliche Aktivität meint jede in direktem Zusammenhang mit dem Beruf stehende körperliche Tätigkeit, die mit einer Erhöhung der metabolischen Ruherate einhergeht.

Haushaltsaktivität sind jene körperlichen Tätigkeiten, die zur Organisation und Aufrechterhaltung eines Haushalts notwendig sind.

Freizeitbezogene körperliche Aktivität ist jede in der Freizeit verrichtete körperliche Bewegung, die zu einer substanziellen Erhöhung des Energieumsatzes führt. Körperliches Training und Sport sind, wenn sie nicht berufsmäßig betrieben werden, Subkomponenten der freizeitbezogenen Aktivität.

Körperliches Training meint zielorientierte, wiederholt durchgeführte „überschwellige“ Aktivität, die auf morphologische, metabolische und funktionelle Anpassungserscheinungen im Sinne einer Leistungsverbesserung abzielt. Es kann

²¹ Der Gelenkwinkel zwischen Ursprung und Ansatz des Muskels ändert sich nicht.

²² Die Stellung des Gelenks wird verändert.

²³ Erfolgt mit Sauerstoff; die Energie wird hauptsächlich über die Glykogen- und Triglyzeridspeicher bereitgestellt.

²⁴ Erfolgt ohne Sauerstoff; die Energie wird über die Glykolyse (anaerob laktazid) und die energiereichen Phosphagene, vor allem Kreatinphosphat (anaerob alaktazid) bereitgestellt.

die Optimierung der sportlichen Leistung oder aber die Stabilisierung, Förderung bzw. Wiederherstellung der Gesundheit und der physischen Leistungsfähigkeit im Vordergrund stehen.

Trainingstherapie ist eine indikationsbezogene, nach medizinischen und trainingswissenschaftlichen Gesichtspunkten durchgeführte therapeutische Intervention mittels körperlichen Trainings.

Sport kann aufgrund seines vielschichtigen Bedeutungsgehalts nicht exakt beschrieben und abgegrenzt werden. Sportliche Aktivitäten können allerdings sowohl Aspekte der Leistung und des Wettkampfes als auch Aspekte der Gesundheit und Rekreation beinhalten.

Gesundheitssport ist sportliche Aktivität, die zusätzlich zur rein physischen Komponente des körperlichen Trainings auch eine Verbesserung psychischer und psychosozialer Parameter der Gesundheit anstrebt.

Sporttherapie bedeutet eine therapeutische Intervention nach medizinischen, sportwissenschaftlichen und pädagogischen Prinzipien mit den Mitteln des körperlichen Trainings und des Sports, wobei physische, psychische und soziale Aspekte berücksichtigt werden.

Bewegungstherapie - als übergeordneter Begriff zur Kennzeichnung aller bewegungsbezogenen Therapiekonzepte - ist ärztlich indizierte und verordnete Bewegung, die vom Fachtherapeuten geplant und dosiert, gemeinsam mit dem Arzt kontrolliert und mit dem Patienten alleine oder in der Gruppe regelmäßig durchgeführt wird.

3.1.2 Quantitative Beschreibung der körperlichen Aktivität

Die quantitative Beschreibung der körperlichen Aktivität erfolgt über die Intensität einer Aktivität, deren zeitliche Dauer sowie über die Häufigkeit (oder Frequenz) der physischen Tätigkeit (vgl. Samitz & Baron, 2002, S. 17).

Intensität: Die Intensität einer körperlichen Aktivität kann als absolute oder relative Größe beschrieben werden.

Absolute Intensität: Sie bezieht sich auf die aktuelle Rate der Energieverbrennung und kann durch die metabolischen Äquivalente²⁵ quantifiziert werden. Das MET repräsentiert das Verhältnis zwischen dem Energieverbrauch während der Muskelarbeit und dem Energieverbrauch in Ruhe.

1 MET kommt dem Ruheenergieverbrauch von 3,5 ml O₂/kg KG/min oder umgerechnet 1,2 kcal/min gleich. Dadurch kann jede körperliche Aktivität als mehrfache Größe des Ruheenergieverbrauchs dargestellt werden. So entsprechen z. B. 4 MET dem 4-fachen Ruheenergieverbrauch (14 ml O₂/kg KG/min).

Derzeit wird für die gesundheitsbezogene Aktivitätsforschung auf Basis der absoluten Intensität folgende Klassifikation empfohlen:

²⁵ Metabolisches Äquivalent = MET

Art der Aktivität	Leicht (< 3 MET bzw. $< 3,5$ kcal/Min.)	Moderat ($3-6$ MET bzw. $3,5-7$ kcal/Min.)	Schwer (> 6 MET bzw. > 7 kcal/Min.)
Berufliche Tätigkeit	Büroarbeit sitzend Arbeit hinter Pult stehend Berufskraftfahrer, Maschinist	Stehend mit Gehen oder Heben von Lasten (25 kg) Feuerwehr, Straßenbau, Eisenindustrie, Baugewerbe	Schwerarbeit (Bergbau, Ladetätigkeit)
Transport	Autofahren, Benützung öffentlicher Verkehrsmittel	Radfahren zur Arbeit, Gehen zur Arbeit/Busstation, Treppensteigen	Treppensteigen mit Last
Hausarbeit	Staubsaugen, Staubwischen, Betten machen, Kochen, Abwaschen, Bügeln	Generelles Reinigen, Fenster-, Boden putzen Autowäsche, Ausmalen, Reparaturarbeiten Einkauf zu Fuß mit Last	Tragearbeiten, Möbel umstellen
Kinderaufsicht	Spielen (sitzend oder stehend) Kind füttern, wickeln, anziehen Spazieren mit Kinderwagen	Aktives Spiel (gehend und laufend) Tragen, Heben eines Kindes Zügiges Gehen mit Kinderwagen	
Gartenarbeit	Jäten, Säen	Hecken schneiden, Rasenmähen (Motormäher), Schneeschaufeln	Rasenmähen (Handmäher), Erdarbeiten
Freizeitaktivität	Spazieren, Gehen (< 4 km/h)	Zügiges Gehen ($4-7$ km/h), Gehband ($4-7$ km/h) Treppensteigen Steppergerät (langsam), Trampolin Bergwandern Rad als Transportmittel (Einkauf, Arbeit) Radausflug mit Familie (< 15 km/h)	Bergangehen mit Last ($10-20$ kg) Joggen, Laufen Treppensteigen mit Last Steppergerät (schnell) Klettern Radfahren schnell (> 15 km/h) Mountainbiken
	Standfahrrad (25 Watt) Baden	Standfahrrad (50-100 Watt) Längen schwimmen (mäßig schnell)	Standfahrrad (> 100 Watt) Längen schwimmen (schnell)
	Fischen	Schnorcheln, Tauchen, Surfen Rudern, Rudergerät (40-100 Watt)	Surfen (Wettkampf) Rudern (schnell), Rudergerät (> 100 Watt)
	Stretching	Gymnastik, Krafttraining an Maschinen Wassergymnastik, Aerobic (low impact) Tanz langsam (Disco, Volkstanz, klassisch)	Circuittraining an Maschinen Aerobic (high impact), Steppaerobic Tanz schnell (Disco, Volkstanz, klassisch)
	Billard, Kegeln, Dart Volleyball (sozial)	Golf, Badminton, Tennis (sozial) Volleyball (Verein), Basketball Inlineskaten (langsam) Eislaufen, Schilaufen, Schiwandern	Badminton, Tennis (Verein) Beach-Volleyball Inlineskaten (schnell) Schilanglauf, Touren, Bergwandern

Tabelle 2: Klassifikationsschema der körperlichen Aktivität (Samitz & Baron, 2002, S. 16)

Relative Intensität: Diese wird routinemäßig bei der präventiven und therapeutischen Verordnung des körperlichen Trainings auf Basis eines symptomlimitierten maximalen Belastungstests bestimmt. Beispielsweise kann sie bei kardiorespiratorischer bzw. kardiovaskulärer Zielsetzung jeweils als Prozentsatz der maximalen Wattleistung ($\%Watt_{max}$), maximalen Sauerstoffaufnahme ($\%VO_2_{max}$), Sauerstoffreserve ($\%VO_2R$), Herzfrequenzreserve ($\%HFR$) oder maximalen Herzfrequenz ($\%HF_{max}$) ausgedrückt werden. Bei muskulärer Zielsetzung wird die relative Intensität als

Prozentsatz des 1-Repetitionenmaximums (%1-RM) formuliert (vgl. Howley, 2001, zitiert nach Samitz & Baron, 2002, S. 18).

Dauer der körperlichen Aktivität: Die Belastungsdauer ist der Zeitraum (in Minuten oder Stunden), über den eine bestimmte physische Betätigung durchgeführt wird.

Häufigkeit der körperlichen Aktivität: Die Häufigkeit oder die Frequenz körperlicher Aktivitäten wird pro Tag, Woche oder Monat erfasst.

Foster et al. (2004, S. 32) kennen eine ähnliche Klassifikation der quantitativen Komponenten körperlicher Aktivität. Bei ihm kommt noch die Form²⁶ der körperlichen Bewegung hinzu:

„The parameters of exercise prescription are the frequency, the intensity, the time (or duration), and the mode (or type) of exercise;“

(Foster et al., 2004, S. 32)

3.1.3 Attribute körperlicher Aktivität

Körperliche Fitness ist das Resultat gesteigerter körperlicher Aktivität oder systematischen Trainings und wird von der Richtung der körperlichen Aktivierung oder der Art des bevorzugten Trainings sowie von genetischen Faktoren und Lebensstilgewohnheiten beeinflusst.

Leistungsbezogene körperliche Fitness bezieht sich auf eine optimale sportliche Leistungsfähigkeit. Gesundheitsfaktoren spielen eine untergeordnete Rolle.

Gesundheitbezogene körperliche Fitness hängt mit morphologischen, muskulären, motorischen, kardiorespiratorischen, metabolischen und immunologischen Komponenten zusammen, deren Förderung einen biologisch nachvollziehbaren günstigen Einfluss auf den Gesundheitsstatus verschiedener Organsysteme ausüben kann.

²⁶ Z. B. Walking, Radfahren, Schwimmen...

*Kardiorespiratorische Fitness*²⁷ ist die Fähigkeit, große Muskelgruppen dynamisch über einen längeren Zeitraum zu bewegen. Allgemein akzeptierte Parameter für die Beurteilung der kardiorespiratorischen Fitness sind die spiroergometrisch ermittelte maximale Sauerstoffaufnahme bzw. die ergometrisch ermittelte maximale Wattleistung.

Muskuläre Fitness meint die Fähigkeit des muskulären Systems, Aktivitäten des täglichen Lebens (zu Hause, am Arbeitsplatz, in der Freizeit) zufrieden stellend zu meistern. Kraft, Maximalkraft und Kraftausdauer werden hier integriert.

Kraft ist eine Voraussetzung, äußere Widerstände aktiv zu überwinden bzw. äußeren Kräften entgegenzuwirken.

Maximalkraft ist die höchstmögliche Kraft, die das Nerven-Muskel-System bei maximaler Kontraktion aufbringen kann.

Als Kraftausdauer wird die Widerstandsfähigkeit der Arbeitsmuskulatur gegen Ermüdung bei wiederholten Muskelkontraktionen von mehr als 30% der Maximalkraft bezeichnet.

Unter *Beweglichkeit*²⁸ wird die Fähigkeit verstanden, die verschiedenen gelenkigen Verbindungen leicht und über die volle physiologische Bandbreite zu bewegen.

Koordinative Fähigkeiten kennzeichnen das Zusammenspiel von Zentralnervensystem und Skelettmuskulatur innerhalb eines gezielten Bewegungsablaufes. Sie beziehen sich auf Merkmale wie Gleichgewichtsfähigkeit, Reaktionsfähigkeit und Orientierungsfähigkeit.

Mit *Körperzusammensetzung* ist das Verhältnis zwischen Fettmasse und fettfreier Körpermasse gemeint. Sie ist besonders stark von genetischen Faktoren beeinflusst. (vgl. Samitz & Baron, 2002, S. 14 f).

Werden die Komponenten der körperlichen Aktivität mit bestimmten Krankheits- oder Gesundheitsmerkmalen in Zusammenhang gebracht, können aus diesen Erkenntnissen heraus Therapiemaßnahmen gesetzt werden.

²⁷ Synonyme: aerobe Kapazität, Ausdauerleistungsfähigkeit.

²⁸ Synonym: Flexibilität.

3.2 Gesundheit als (Lebens-) Ziel

Die Sehnsucht des Menschen nach Gesundheit gilt als lebensbegleitender Wunsch, der andere Wünsche, wie das Verlangen nach Frieden, Arbeit und Wohlstand zumeist übertrifft. Körperliche Fitness und sportliches Auftreten werden in der heutigen Zeit als Symbole für Jugendlichkeit, Gesundheit und Leistungsfähigkeit in Beruf und Alltag aufgefasst. Medien kommen heutzutage ohne gesundheitsorientierte Themen nicht mehr aus. Dazu gehören auch Inhalte wie körperliche Fitness und Sport, denen ein großer Beitrag zur Gesundheit oder Prävention von Krankheiten zugeschrieben wird. (vgl. Bös et al., 1992, S. 15 f). So erstellten z. B. Titze und Marti eine eindrucksvolle Liste über die Zusammenhänge zwischen regelmäßiger Bewegung und Gesundheit:

„Regelmäßige körperliche Aktivität

- *reduziert das Risiko, vorzeitig zu sterben (ein zusätzlicher Verbrauch von 1000 kcal/Woche durch Bewegung mittlerer Intensität führt zu einer 30%igen Reduktion der vorzeitigen Todesrate);*
- *reduziert das Risiko, vorzeitig an einem Herzinfarkt zu sterben;*
- *hilft, ein Normalgewicht zu halten;*
- *reduziert das Risiko, an nicht-insulinabhängigem Diabetes zu erkranken;*
- *reduziert das Dickdarmkrebsrisiko;*
- *beugt der Osteoporose vor;*
- *erhält bei älteren Menschen länger die Fähigkeit, ihr Leben selbständig gestalten zu können;*
- *bringt Besserung bei Depressionen und Angstzuständen;*
- *fördert kurzfristig das psychisch-seelische Wohlbefinden.“*

(Titze & Marti, 2002, S. 88)

Es darf nicht übersehen werden, dass die meisten dieser Effekte nicht unmittelbar nach der Initialphase der sportlichen Betätigung erfahrbar sind. Umso schwieriger ist es, inaktive Menschen doppelt zu motivieren: einerseits, dass sie körperlich aktiv werden und andererseits, dass sie ihr geändertes Verhalten auch längerfristig beibehalten.

Reimers (2003, S. 46) meint, dass jeder Erwachsene täglich 30 Minuten mit mittlerer Intensität körperlich aktiv sein sollte (z.B. zügiges Gehen, Treppensteigen oder Radfahren), sodass es zu einem zusätzlichen Energieverbrauch von etwa 200 kcal

pro Tag kommt. Die Aktivität muss – im Gegensatz zu früheren Auffassungen – nicht unbedingt kontinuierlich erfolgen, sie kann auch über den Tag verteilt sein.

Die *präventive Wirkung* physischer Aktivität nimmt mit zunehmender Intensität und Dauer zu und erst bei sehr hohem Trainingsumfang wieder ab (vgl. Reimers, 2003, S. 46). Dennoch, nicht nur sportliche Bewegung mit höherer Intensität über mindestens 20 Minuten, sondern bereits alltagsnahe Bewegung vor allem bei körperlich Inaktiven haben einen positiven gesundheitlichen Effekt (vgl. Titze & Marti, 2002, S. 88). In der Medizin hat sich in den letzten Jahren immer mehr die Erkenntnis durchgesetzt, dass regelmäßige körperliche Aktivität in Verbindung mit gesunder Ernährung präventiv wirksam ist im Hinblick auf sogenannte Volks- und Zivilisationskrankheiten²⁹, aber auch bei Tumoren und psychischen Störungen (vgl. Reimers, 2003, S. 54).

Bei Durchsicht der Literatur zeigt sich aber, dass körperliche Aktivität zunehmend auch als *Therapeutikum* eingesetzt wird. Bacharach stellt - im Zusammenhang mit der Etablierung des American College of Sports Medicine (ACSM) - fest:

“In 1954, several innovative physicians and physical educators met for the first time to discuss the role of exercise in health and medicine. Since that time, it has become apparent to many medical professionals that exercise has a legitimate role in prevention, treatment, diagnosis and rehabilitation of various diseases.”

(Bacharach, 2004, S. 3)

Aufgrund der zentralen Bedeutung der Gesundheit ist es angebracht, sie als ein wesentliches Ziel, ja sogar als ein Lebensziel vieler Menschen anzusehen. Der Begriff „Gesundheit“ scheint klar definiert zu sein, jeder Mensch mag wissen, was er bedeutet. Eine terminologische Betrachtung hingegen offenbart Schwierigkeiten beim Versuch, Gesundheit präzise zu definieren. Im Folgenden soll deshalb versucht werden, diesen Begriff aus verschiedenen Blickwinkeln her zu beleuchten. (vgl. Bös et al., 1992, S. 16 f).

²⁹ Dazu zählen z. B. arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus, Osteoporose.

3.2.1 Gesundheit als medizinisches Problem

Ein Grundproblem bei der Bestimmung dessen, was man unter Gesundheit versteht, liegt sicherlich darin, dass man im Allgemeinen gesundheitliche Aspekte erst dann persönlich wahrnimmt, wenn man krank ist. Man ist in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt und braucht Hilfe, um wieder gesund zu werden. Der klassische Helfer ist dann der Arzt.

Stellten früher durch Krankheitserreger verursachte Akuterkrankungen das größere Problem dar, sind es heutzutage - bedingt durch die Lebensbedingungen in den leistungsorientierten Industriestaaten - chronische Erkrankungen, die im Vordergrund stehen. Die koronare Herzerkrankung ist die am häufigsten vorkommende Zivilisationskrankheit.

Das sogenannte Risikofaktorenmodell (siehe Anhang, S. I) hat für das Verständnis der pathogenen Mechanismen, die für die Herzinfarktentstehung verantwortlich sind, wertvolle Dienste geleistet. Aufgrund der Ergebnisse von Studien können Rauchen, Bluthochdruck und Hypercholesterinämie als primäre Risikofaktoren identifiziert werden.

Es muss jedoch bedacht werden, dass die Medizin alleine nicht in der Lage ist, als Sachwalterin in Gesundheitsfragen zu fungieren. (vgl. Bös et al., 1992, S. 16 f).

3.2.2 Gesundheit als soziales Problem

Gesundheit stellt nicht nur ein individuelles Gut dar, das vom einzelnen verwaltet werden muss, sondern dieses Gut hat auch eine sozialpolitische Dimension. Gesundheitsschädigendes und gesundheitsförderndes Verhalten ist immer in Lebensstile eingebettet, die in Abhängigkeit vom sozialen Umfeld vermittelt werden. So werden z. B. das Verhalten oder die Gewohnheiten eines Menschen durch kulturelle Werte und durch die Verhaltensroutinen der Familie oder des Freundeskreises beeinflusst. Die Wahrscheinlichkeit, gesund zu bleiben, steigt, wenn ein Mensch Gewohnheiten vermittelt bekommen hat, die seiner Gesundheit dienlich sind (vgl. Zimbardo, 1992, S. 469 f).

Die soziale Dimension spiegelt sich auch in der Fähigkeit des Individuums zur Bewältigung sozialer Konfliktsituationen, umgekehrt kommen im Phänomen Gesundheit auch die Leistungen der Gesellschaft bei der Schaffung gesundheitsfördernder Lebens- und Arbeitsbedingungen zum Ausdruck. (vgl. Bös et al., 1992, S. 17 f).

3.2.3 Gesundheit als anthropologisches Problem

In der bekannten Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist der Begriff des Wohlbefindens von zentraler Bedeutung:

„Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen.“

Wohlbefinden erstreckt sich somit nicht nur auf körperliche Aspekte, sondern schließt psychische und soziale mit ein. Die Pädagogik hat die Gesundheit, insbesondere das Wohlbefinden, immer wieder als Erziehungsziel aufgegriffen. Da Wohlbefinden keine statische, sondern eine von der Entwicklung des Individuums abhängige und Veränderungen unterworfenen Größe ist, kann die Pädagogik, deren Aufgabe die Förderung der Entwicklung des Menschen ist, dazu einen großen Beitrag leisten.

Udris et al. (1994 S. 29 f) beschreiben Gesundheit als ein dynamisches Gleichgewicht zwischen den physischen, psychischen und sozialen Ressourcen und den Schutz- bzw. Abwehrfunktionen des Organismus einerseits und den potentiell krankmachenden Einflüssen der physikalischen, biologischen und sozialen Umwelt andererseits. Somit muss Gesundheit vom Organismus immer wieder hergestellt werden im Sinne einer Anpassung oder einer zielgerichteten Veränderung der Umweltbedingungen. Grupe und Krüger nennen dies das aktive Wohlbefinden und meinen jenes Wohlbefinden,

„...das vor allem aus der aktiven Gestaltung des Verhältnisses zu sich selbst, zum eigenen Körper und zur Umwelt entsteht. Seine Kennzeichen sind nicht Inaktivität, Bequemlichkeit, Verwöhnung und Schonung, sondern Eigenaktivität und Selbstgestaltung.“

(Grupe & Krüger, 1997, S. 224)

Die Erziehung kann sich aber nur um Voraussetzungen bemühen, Fähigkeiten lehren, Erfahrungen vermitteln, äußere Bedingungen schaffen, Lernsituationen arrangieren und Angebote bereitstellen, die sich für die Erreichung von Wohlbefinden als günstig erweisen. Ob der Mensch dann tatsächlich Wohlbefinden erlangt, liegt außerhalb der Erziehungsmöglichkeiten.

Eine extrem anthropologische Sicht der Gesundheit, die medizinische Sachverhalte negiert, läuft - genauso wie eine einseitig biologisch determinierte Betrachtungsweise

- Gefahr, wichtige gesundheitsrelevante Punkte aus dem Blickfeld zu verlieren und keine wirkungsvollen Strategien zur Verbesserung der Gesundheit anbieten zu können. Die Gesundheitsprobleme der heutigen Zeit verlangen einen interdisziplinären Ansatz, der medizinische, psychosoziale und pädagogische Aspekte integriert (vgl. Bös et al., 1992, S. 20).

3.2.4 Das Salutogenesemodell

Antonovsky führte 1979 für die Frage, warum und wie Menschen trotz vielfältiger Belastungen gesund bleiben, während andere Menschen krank werden, den Begriff „Salutogenese“ ein (vgl. Udris et al., 1994, S. 30). Mit dem Salutogenesemodell legt er einen umfassenden Ansatz zur Beschreibung von Gesundheit vor, in den sich die oben beschriebenen Sichtweisen integrieren lassen:

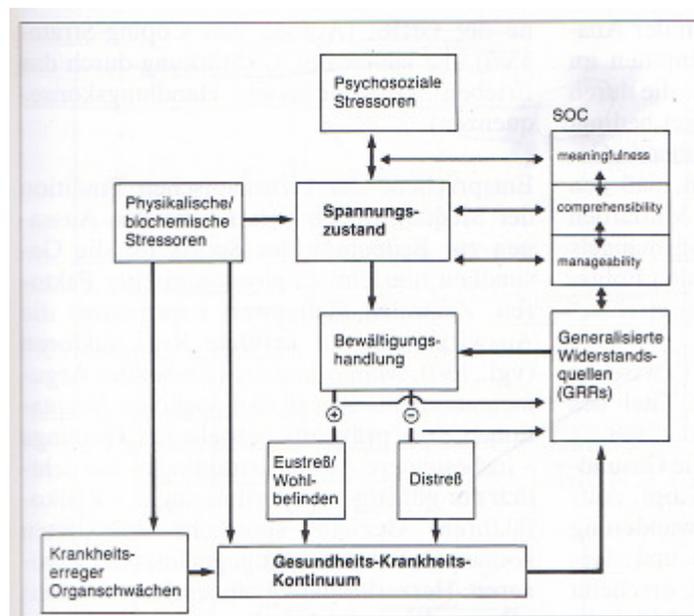


Abbildung 5: Darstellung des Salutogenesemodells nach Antonovsky (Bös et al., 1992, S. 23)

Demnach sind Gesundheit und Krankheit keine dichotomen Größen, sondern auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum angeordnet; ein Mensch ist demnach mehr oder weniger gesund oder mehr oder weniger krank.³⁰

Antonovsky (1997) meint:

³⁰ Für eine Einschränkung der Gesundheit werden folgende Leitsymptome verantwortlich gemacht: das Empfinden von Schmerz, Beeinträchtigungen bei der Ausführung selbstbestimmter Lebensaktivitäten, das Vorliegen objektiver Krankheitszeichen, die Behandlungsbedürftigkeit der Gesundheitsstörung.

„Wir sind alle sterblich. Ebenso sind wir alle, solange noch ein Hauch von Leben in uns ist, in einem gewissen Ausmaß gesund. Der salutogenetische Ansatz sieht vor, daß [sic] wir die Position jeder Person auf diesem Kontinuum zu jedem beliebigen Zeitpunkt untersuchen.“

(Antonovsky, 1997, S. 23)

Die Lokalisation eines Menschen auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum wird durch die Fähigkeit des Individuums zur Auseinandersetzung mit Stressoren bestimmt. Stressoren können sowohl externe (z. B. Umweltbelastungen, soziale Konflikte, Krankheitserreger) als auch interne Faktoren (z. B. innerpsychische Krisen, Organschwächen) darstellen, die zu einer Störung der Homöostase³¹ führen.

Das Homöostaseprinzip bezieht sich nicht nur auf die Regulation physiologischer Parameter, sondern schließt auch psychische Ausgleichsmechanismen mit ein, die im Laufe des Lebens erlernt werden. (vgl. Bös et al., 1992, S. 23 f).

Die von Antonovsky beschriebenen generalisierten Widerstandsquellen (generalized resistance resources = GRRs) sind vergleichbar mit dem, was Badura (1981, zitiert nach Udris et al., 1992, S. 29) Ressourcen genannt hat. Generalisierte Widerstandsquellen können physikalische, biochemische, materielle, kognitive, emotionale, soziale, kulturelle und politische Eigenschaften einer Person oder eines Sozialsystems sein, die dazu beitragen, Stressoren zu vermeiden oder die durch Stressoren gestörte Homöostase wieder herzustellen (Bös et al., 1992, S. 22). In der Ressourcenforschung geht es um die zentrale Frage, welche Mittel einer Person zur Verfügung stehen bzw. sich aktivieren lassen, um mit Stress fertig zu werden, Belastungen zu ertragen und die eigene Gesundheit zu erhalten (vgl. Udris et al., 1994, S. 31).

Generalisierte Widerstandsquellen werden durch den Kohärenzsinn (sense of coherence = SOC) mobilisiert. Antonovsky versteht darunter die Persönlichkeitsdimension, die das Ausmaß eines vorherrschenden Lebensgefühls beschreibt:

Das SOC (Kohärenzgefühl) ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes,

³¹ „Homöostase ist die Konstanz und Aufrechterhaltung des inneren Milieus und der Funktionen des Körpers mit Hilfe von Regelsystemen, mitbestimmt durch das Leistungsvermögen und durch die Anforderungen der Umwelt.“ (Dickhuth, 2000, S. 247).

andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß [sic] ...

(Antonovsky, 1997, S. 36)

- ... im Verlauf des Lebens auftretende Belastungen strukturiert, voraussehbar und erklärbar sind („Gefühl der Bedeutungshaltigkeit“ oder „comprehensibility“),
- man über die Möglichkeiten verfügt, den Anforderungen, die durch die Belastungen ausgelöst werden, gerecht zu werden („Gefühl der Wirksamkeit“ oder „manageability“),
- diese Belastungen Herausforderungen darstellen, die es wert sind, etwas zu investieren und sich zu engagieren („Gefühl der Sinnhaftigkeit“ oder „meaningfulness“). (vgl. Bös et al., 1992, S. 22).

Bös et al. meinen weiters, dass ein starker Kohärenzsinn in pathogenen Situationen die generalisierten Widerstandsquellen mobilisiert und damit für die Aufrechterhaltung der Homöostase sorgt.

Das Salutogenesemodell besitzt einen hohen Integrationswert, da sowohl körperliche als auch psychische Aspekte von Gesundheit bzw. Krankheit durch die Modellgrößen erklärbar sind. In diese Modellvorstellung lassen sich die gesundheitlichen Auswirkungen körperlicher Aktivität leicht integrieren. (vgl. Bös et al., 1992, S. 22 f).

3.3 Körperliche Aktivität und Gesundheit

Die Bedeutung körperlicher Aktivität für die Gesundheit lässt sich aus der Sicht des Salutogenesemodells analysieren. Eine umfassende theoretische Darstellung und erste empirische Befunde hat Kraus (1987) vorgelegt. Kraus stellt vor allem die psychische Gesundheit in den Mittelpunkt seiner Betrachtungsweise. (vgl. Bös et al., 1992, S. 24).

Körperliche Aktivität (Sporttreiben) kann über verschiedene Wege positiv die Gesundheit beeinflussen. Sporttreiben wirkt unmittelbar auf den Kohärenzsinn, die generalisierten Widerstandsquellen, auf den Spannungszustand, die psychosozialen Stressoren und auf die Organschwächen:

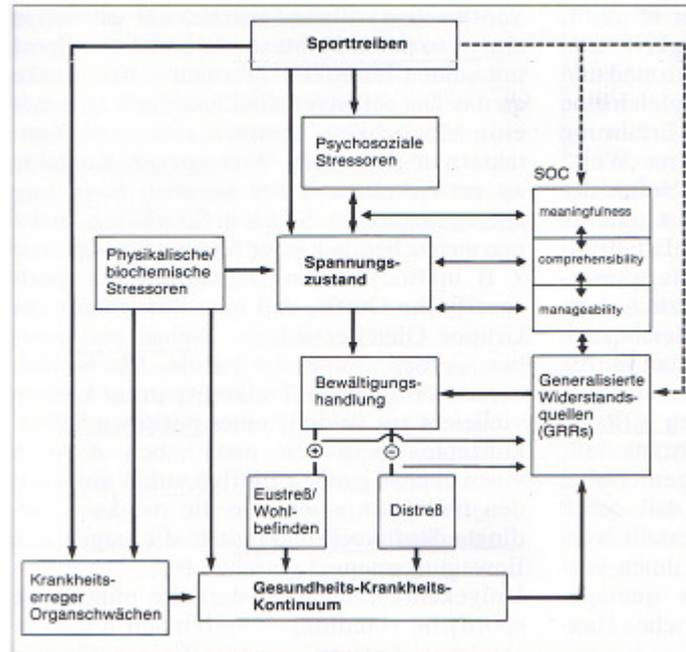


Abbildung 6: Die Wirkungen des Sporttreibens auf Kerngrößen des Salutogenesemodells (Bös et al., 1992, S. 25)

Hölter (1993, S. 22) meint zu diesem Modell, dass direkte Einflüsse auf den Spannungszustand und auf physiologische Prozesse als gesichert angenommen werden können. Hingegen nicht gesichert - aber plausibel - erscheinen Einflüsse auf der psychosozialen Ebene (Sozialisationsfunktion des Sports), auf der Ebene der GRRs (Aufbau von Coping-Strategien) und auf den SOC (Stärkung durch das Erleben selbstinitiiertter Handlungskonsequenzen), wie auch Bös et al. (1992, S. 24) feststellen.

3.3.1 Körperliche Aktivität und physisches Wohlbefinden

Hosek (1994, S. 102) hat in seiner Untersuchung die Hypothese, dass körperliche Aktivität einen positiven Einfluss auf den Kohärenzsinn hat, teilweise bestätigen können. Insgesamt 175 Studenten aus dem Fach Lehramt Leibeserziehung und Pädagogikstudenten mussten sich auf einer Skala mit folgenden Kriterien selbst einschätzen: Geschlecht, Studienfach, körperliche Aktivität und Fitness, Abhärtung, Ernährung und wie oft sie im Jahr krank waren. Einen höheren Kohärenzsinn fand man bei Studenten, die systematisch ihre Kondition verbesserten, die sich regelmäßig abhärteten und die am wenigsten krank waren. Entgegen den Erwartungen war kein höherer Kohärenzsinn zu finden bei Lehramtsstudenten für

Leibeserziehung und bei Studenten mit ausgewogener Ernährung. Auch fand man heraus, dass Männer generell einen höheren SOC aufweisen als Frauen.³²

Entsprechend der Tradition der Medizin finden sich die meisten Aussagen zur Bedeutung des Sports für die Gesundheit hinsichtlich der physiologischen Faktoren. Einen besonderen Stellenwert haben dabei die Auswirkungen auf kardiale Risikofaktoren. Insbesondere wird das Ausdauertraining als Schutzfaktor gegen die koronare Herzerkrankung angesehen (vgl. Samitz & Mensink, 2002).

Eine Betrachtungsweise, die den Einfluss körperlicher Aktivität auf das Wohlbefinden ausschließlich auf physiologische Veränderungen beschränkt, erscheint jedoch nicht geeignet, die gesundheitsbezogenen Aspekte des Sporttreibens vollständig zu erfassen.

3.3.2 Körperliche Aktivität und psychisches Wohlbefinden

In der sportwissenschaftlichen Literatur wird die Behauptung, dass sportliche Betätigung als Garant einer gesteigerten seelischen Gesundheit gilt, kontrovers diskutiert. Während für einige Autoren feststeht, dass sportliche Betätigung unabhängig von Alter und Geschlecht der Sporttreibenden oder von der Sportart die seelische Gesundheit positiv beeinflusst (vgl. Deimel, 2002; Hölter, 1993), äußern sich andere zurückhaltend zur empirischen Bewährung einer uneingeschränkt gültigen Hypothese, nach der Sport stets die seelische Gesundheit verbessert (vgl. Abele & Brehm, 1994; Kleine & Hensel, 1994).

Schlicht (2004, S. 58 ff) hat durch das Ergebnis seiner Meta-Analyse von 39 Arbeiten die Hypothese, dass regelmäßige sportliche Betätigung generell den psychischen Gesundheitszustand verbessert, nicht stützen können. Die Analyse zeigt vielmehr, dass diese Aussage eingeschränkt werden muss. Das Geschlecht und das Alter, der Belastungszeitraum und die Form der sportlichen Betätigung moderieren den Zusammenhang.

Hölter (1993, S. 21 f) hat für seine differenzierte Darstellung der unterschiedlichen Variablen der psychischen Gesundheit ebenfalls das Salutogenesemodell von

³² Genauere Ergebnisse sind bei Hosek, 1994, S. 102 nachzulesen.

Antonovsky³³ herangezogen. In einer vereinfachten Darstellung dieses Modells hat er das Befinden des Menschen auf dem Kontinuum zwischen „Wohl-befinden“ und „Miß-befinden“ abgebildet:

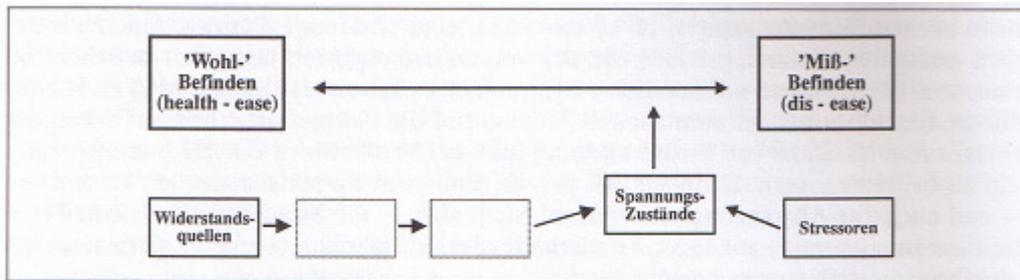


Abbildung 7: Vereinfachtes Modell der Salutogenese nach Antonovsky (Hölter, 1993, S. 22)

Hölter (1993, S. 22) kennt neben den physiologisch wirkenden Einflüssen auch interpersonale, emotionale und kognitive Auswirkungen des Sporttreibens auf den Menschen, die im Sinne von Antonovsky als Widerstandsquellen, vermittelt durch die Lebenserfahrung, auf den Kohärenzsinn des Menschen wirken:

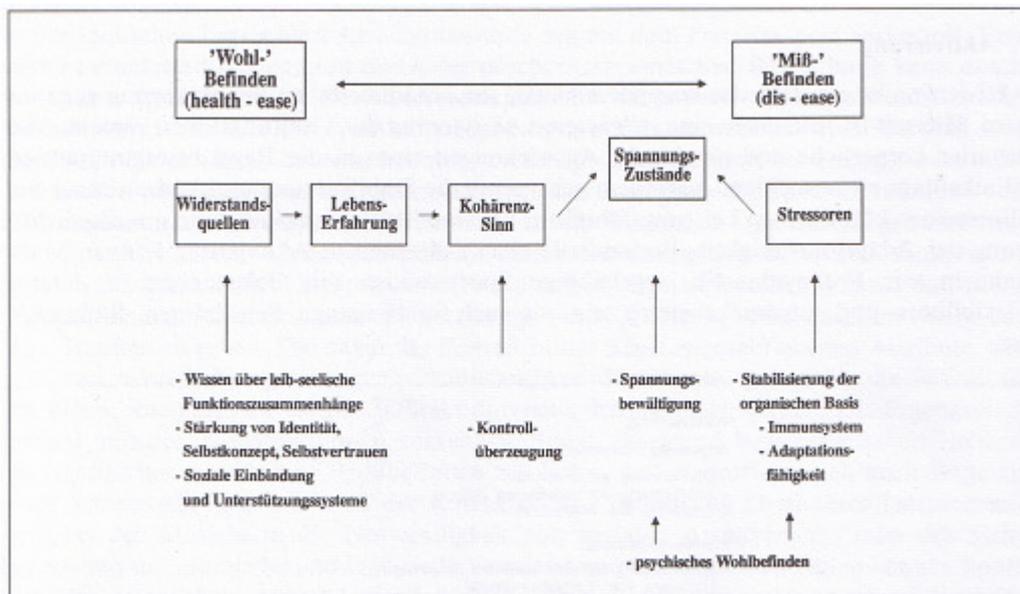


Abbildung 8: Mögliche Auswirkungen des Sporttreibens auf Widerstandsquellen, Spannungszustände und Stressoren (Hölter, 1993, S. 23)

Zur Stärkung des kognitiven Widerstandsanteils ist es wichtig (z. B. in der Therapie), das *Wissen über leib-seelische Funktionszusammenhänge* zu thematisieren. Es

³³ Siehe Abbildung 5, S. 55 und Abbildung 6, S. 58.

kann dazu beitragen, die kognitive Verarbeitung der Krankheit und die Einsicht in die Notwendigkeit einer gesunden Lebensführung zu fördern.

In emotionaler Hinsicht ist vor allem die *Stärkung der Identität*, verstanden als Stärkung des *Selbstkonzeptes*³⁴ und des *Selbstvertrauens*, als Widerstandsquelle bedeutsam. Die *Kontrollüberzeugung*, d. h. das Gefühl der eigenen Wirksamkeit und der Steuerung des eigenen Verhaltens, kann direkt auf den Kohärenzsinn Einfluss nehmen, während sich die anderen Widerstandsquellen indirekt über die gesammelte Lebenserfahrung auswirken.

Ein weiterer Effekt des Sporttreibens ist die Vermehrung und Festigung von *sozialen Kontakten* und damit auch die Möglichkeit, mehr *soziale Unterstützung* zu erhalten. (vgl. Hölter, 1993, S. 22 f).

Kraus (1987, S. 267 f) hat in einem empirisch erstellten Konzept das *psychische Wohlbefinden*³⁵ der *Spannungsbewältigung* und der *Stabilisierung der organischen Basis* zugeordnet. Das psychische Wohlbefinden wirkt damit ebenfalls als Widerstandsquelle gegen Stressoren.

Bös et al. (1992, S. 25) stellen unter anderem auch die Körpererfahrungen in den Mittelpunkt ihrer Diskussion: Anstrengung, Ermüdung, aber auch Entspannung nach der Belastung sind in unserer heutigen technisierten Arbeitswelt kaum mehr zu erfahren. Im Sport jedoch sind diese Erfahrungen gegenwärtig und bieten einen Weg zu einem veränderten Körper- und Selbstbewusstsein. Sporttreiben ist mehr als ein instrumentell und funktionell begründbares „Sich-Bewegen“ oder „Bewegt-werden“. Es ist untrennbar mit Freude und Spaß verbunden.

Der Sport bietet auch Möglichkeiten zu einer veränderten Sicht der materiellen und sozialen Umwelt. Insbesondere die spielerische Bewegung eröffnet dem Individuum eine Möglichkeit, zweckfrei und kreativ auf die Umwelt einzuwirken und die Resultate der eigenen Handlung zu beobachten. Anerkennung und Befriedigung werden oftmals nicht im Berufsleben, sondern durch körperliche Aktivität in der Freizeit erfahren. Somit ist körperliche Aktivität eine Form der Selbstverwirklichung, die zum

³⁴ Bös et al. (1993, S. 25) bezeichnen das Erfahren der eigenen Leistungsfähigkeit in Form des Könnens, des Noch-Könnens oder des Wieder-Könnens als die Grundlage zur Entwicklung eines positiven Selbstkonzeptes.

³⁵ Kraus stützt sich auf eine Untersuchung von Schug (1980), in der die seelische Gesundheit mittels Fragebogen gemessen wurde (vgl. Kraus, 1987, S. 267-271).

Abbau von Spannungen und damit zur Verbesserung des Wohlbefindens beitragen kann. (vgl. Bös et al., 1992, S. 26).

Einen weiteren Aspekt der Bedeutung des Sports für die psychische Gesundheit sieht Schulze-Krüdener (1999, S. 205) in der Zufriedenheit mit dem Körper: „*Wer mit seinem Körper zufrieden ist, der ist auch mit sich selbst zufrieden.*“ Die Förderung der Sportlichkeit ist für viele keine reine Freizeitbeschäftigung mehr, Sportlichkeit ist die Verkörperung von Gesundheit und Gelenkigkeit, von Schlankheit und gutem Aussehen. Opaschowski meint dazu:

„In dem Maße, in dem technologische Modernisierungsschübe körperliche Aktivitäten zunehmend entbehrlich gemacht haben und die Gesellschaft durch Bewegungsmangel, Überernährung und Zivilisations- krankheiten gekennzeichnet ist, stellt sich Sportlichkeit als Lebensgefühl und Körperbewußtsein [sic] dar und trägt zur Lebenszufriedenheit wie auch Selbstsicherheit bei.“

(Opaschowski, 1987, zitiert nach Schulze-Krüdener, 1999, S. 205)

Sportlich zu sein gilt als erstrebenswerte Eigenschaft, die zu jugendlichem An- und Aussehen verhelfen soll. Wohl in keinem Bereich der Gesellschaft entscheiden die körperliche Leistungsfähigkeit und das Alter so uneingeschränkt über die gesellschaftliche Anerkennung wie im Sport.

Wer jedoch Sporttreiben nur unter dem Gesichtspunkt der Leistung oder rein instrumentell betreibt, z. B. um abzunehmen, läuft Gefahr, zum einen bei wiederholten missglückten sportlichen Handlungen negative Konsequenzen wie das Gefühl dauernden Misserfolgs zu erfahren, und zum anderen sich selbst der Elemente Freude und Spaß zu berauben.

Daraus wird ersichtlich, dass es keine Sportart gibt, die per se gesund ist. Erst durch die Einbettung der sportlichen Handlung in eine Gesamtstrategie, die über die Vermittlung von Freude und Spaß sich selbst verstärkt, kann Sport oder allgemein körperliche Aktivität zur Steigerung des Wohlbefindens beitragen. (vgl. Bös, 1992, S. 26 f; Deimel, 2002, S. 196 f).

Somit muss Sport den individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten - unter Berücksichtigung bisheriger sportlicher Sozialisation - gerecht werden, damit er in das Lebenskonzept des einzelnen integriert werden kann. Gesundheitsorientierte Programme im Allgemeinen und im Speziellen Therapieprogramme sollten so

gestaltet werden, dass sie den Menschen differenziert betrachten und ihn „dort abholen, wo er sich gerade befindet“.

In der Folge sollen zwei Erklärungsansätze für psychische Effekte körperlicher Aktivität vorgestellt werden.

3.3.2.1 Physiologischer Erklärungsansatz für psychische Effekte von Bewegung

Hier wird angenommen, dass bestimmte motorische Tätigkeiten, insbesondere das Ausdauertraining, nicht nur zur Veränderung des allgemeinen Aktivierungsniveaus (allgemeine physiologische Aktivierungshypothese), sondern auch zur vermehrten Ausscheidung bestimmter psychotroper Substanzen (Endorphine, Katecholamine) führen.

Die allgemeine physiologische Aktivierungshypothese besagt, dass durch sportliche Aktivität die Sauerstoffversorgung des Zentralnervensystems und auch die Durchblutung peripherer Organe zunimmt und dadurch das Wohlbefinden gesteigert wird.

Bei den Endorphinen handelt es sich um Hormone mit opiatähnlicher Wirkung, die im Zentralnervensystem sowie im peripheren Blut nachweisbar sind und bei Ausdauerbelastungen vermehrt ausgeschieden werden.

Da bei depressiven Personen ein Mangel an diesen Substanzen vermutet wird, könnte somit eine Erhöhung des Endorphin-Spiegels durch Sport zur Minderung der Symptomatik dieser Patienten beitragen. Aufgrund von Tierversuchen konnte gezeigt werden, dass die Endorphine Transmitter für Gefühle der Zufriedenheit und des Wohlbefindens sind.

Untersuchungen bei Langstreckenläufern und bei Sportlern am Fahrradergometer mit maximaler Belastung haben ergeben, dass die Endorphine aber erst ab einem erhöhten Belastungsniveau wirksam werden, d. h. die Stimmung heben und die Schmerzempfindlichkeit senken. Weiters hat man herausgefunden, dass ein wesentlicher Anstieg des Endorphinspiegels im Plasma erst am Ende des Laufes erfolgte. Wegen der vergleichsweise geringen Belastung bei therapeutischen Maßnahmen dürfte dieser Hormongruppe somit keine wesentliche Bedeutung zukommen (vgl. Knobloch & Fritz, 1993, S. 44 f).

Die Katecholaminhypothese geht von der Überlegung aus, dass negative Stimmungszustände und Depressionen mit einem absoluten oder relativen Mangel an Katecholaminen bzw. deren Stoffwechselprodukten Dopamin und Serotonin verbunden sind (vgl. Seligman, 1992, S. 87). Diese sogenannten biogenen Amine werden vor allem im limbischen System des Zentralnervensystems produziert, das unter anderem für die Auslösung und Steuerung von Emotionen verantwortlich ist.

Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass Ausdauerbelastungen zu einer vermehrten Produktion dieser Substanzen beitragen (vgl. Grove & Eklund, 2004, S. 610). Dieser Effekt kann durch maximale Belastung oder durch verlängerte Übung erreicht werden. Durch einen Pulsfrequenzanstieg von 25 Schlägen pro Minute über das Ausgangsniveau wird laut Christensen et al. (1979, zitiert nach Knobloch & Fritz, 1993, S. 45) die untere Wirkungsgrenze dieser Substanzen markiert. Verschiedene Untersuchungen an depressiven Patienten zeigen, dass relativ geringe körperliche Belastungen bereits zu einer Erhöhung des Amin-Spiegels führen. Somit müsste durch körperliche Aktivität eine Stimmungsaufhellung bei Depressiven erreichbar sein.

Neben den Hypothesen, die sich auf die Effekte bestimmter hormoneller Veränderungen stützen, sind noch weitere, ebenfalls physiologisch begründete Thesen zu erwähnen. So soll z. B. die Verbesserung der kardiovaskulären Funktionen zu einem erhöhten Wohlbefinden und besseren Stressmanagement führen. (vgl. Knobloch & Fritz, 1993, S. 45 f).

Nach de Vries (1968, zitiert nach Knobloch & Fritz, 1993, S. 45) hat ein niedriges Ruhepotential der Muskulatur nach sportlicher Betätigung einen geringeren allgemeinen Spannungszustand zur Folge. De Vries hat diesen Ansatz später noch dahingehend spezifiziert, dass die durch Sport erhöhte Temperatur im Hirnstamm zu einer niedrigeren Muskelspindelaktivität und zu synchronisierter Kortexaktivität führt. Beide Effekte sind Merkmale eines Entspannungszustandes.

Weiters betont de Vries (1981, zitiert nach Knobloch & Fritz, 1993, S. 46) dass die psychischen Effekte von Bewegung als rein physiologisch begründet angesehen werden müssen. Das Training hat demzufolge eine Wirkung, die der bestimmter Psychopharmaka entspricht. Die unmittelbare Wirkung von körperlicher Aktivität

dürfte allerdings durch die kognitiven Prozesse überlagert werden, die vor, während und nach einer Bewegungsaktivität bei einem Individuum ablaufen.

3.3.2.2 Psychologischer Erklärungsansatz für psychische Effekte von Bewegung

Bei den Wirkungen von Bewegung und Sport hinsichtlich psychischer Veränderungen werden zwischen der Verbesserung bestimmter psychischer Funktionen und Veränderungen spezifischer Aspekte des Selbstmodells unterschieden.

Aufgrund der Diagnose von Defiziten bei bestimmten psychischen Funktionen (z. B. Wahrnehmung, Konzentration, Motivation) wird versucht, mit Hilfe von Bewegung ganz gezielt positive Veränderungen in diesen Bereichen herbeizuführen. Gut fundierte Ergebnisse erbrachten Bewegungsmaßnahmen auf lerntheoretischer Basis, unter anderem bei geistig retardierten Kindern und bei phobischen Erwachsenen (vgl. Knobloch & Fritz, 1993, S. 46).

Bezüglich der Veränderung des Selbstmodells gibt es einige Konzepte, die eine starke Verbindung zu den physiologischen Ansätzen herstellen (vgl. Knobloch & Fritz, 1993, S. 46). So meint Hollandsworth (1979, zitiert nach Knobloch & Fritz, 1993, S. 46), dass aus einer durch Sport verbesserten Wahrnehmung von Körpersignalen eine veränderte Einstellung zum Körper abgeleitet wird. Andere Autoren erwarten vom Sport, dass er zu einem veränderten, angenehmen Bewusstseinszustand führe (vgl. Knobloch & Fritz, 1993, S. 46). Allerdings sind die Begründungen bei diesen Ansätzen oft nur schwer nachvollziehbar.

Schwenkmezger (1985, zitiert nach Knobloch & Fritz, 1993, S. 47) stellte im Zusammenhang mit depressiven Patienten einen verhaltenstheoretischen Ansatz vor. Er erklärt das Auftreten depressiver Reaktionen damit, dass Menschen mit einer reaktiven Depression in ihrem Leben den Eindruck gewonnen haben, zwischen ihrem Verhalten und dem Eintreten oder Ausbleiben erwünschter Ereignisse bestehe kein Zusammenhang. Ursache dafür sind aufgrund dieser Theorie ungünstige Lebensumstände, d. h. ein Mangel an verstärkenden Ereignissen. Knobloch und Fritz meinen dazu:

„Der Effekt eines Bewegungstrainings, insbesondere des Laufens, wird nun darin gesehen, dass die Verbesserung des körperlichen Zustandes ein Gefühl körperlichen und psychischen Wohlbefindens herbeiführt. Darüber hinaus hat das Bewußtsein [sic], eine Herausforderung an sich selbst bewältigt zu haben, Gefühle des Stolzes und eine Erhöhung des Selbstwertgefühls zur Folge.“

(Knobloch & Fritz, 1993, S. 47)

3.4 Zusammenfassung II. Teil

Vielfältig beeinflusst körperliche Aktivität unsere Gesundheit. Was im täglichen Sprachgebrauch unter körperlicher Aktivität meist klar verstanden wird, kann wissenschaftlich untersucht genauer definiert und messbar gemacht werden. Die qualitative Beschreibung ermöglicht, Klassifikationen vorzunehmen, die quantitative Untersuchung erlaubt Messungen entsprechend verschiedener Parameter, sodass Vergleichswerte zu bekommen sind.

Eine Anzahl von Begriffsbestimmungen (Attribute der körperlichen Aktivität) entstand dank der wissenschaftlichen Erfassung dieses weiten Gebietes, die zur Differenzierung, Systematisierung und damit zum besseren Verständnis beiträgt.

Gesundheit als ebenfalls vielschichtiges Phänomen ist Gegenstand der Medizin, aber auch verschiedener Human- und Sozialwissenschaften, insbesondere der Pädagogik. Das Salutogenesemodell nach Antonovsky versucht, die verschiedenen Aspekte zu integrieren und miteinander in Verbindung zu setzen.

Der Rückgriff auf das Salutogenesemodell hat sich bei der Frage nach den Wirkungen körperlicher Aktivität als hilfreich erwiesen. Ein Ziel körperlicher Aktivität ist die Erlangung physischen und psychischen Wohlbefindens. Die Wege dorthin, ob über rein physiologische und / oder psychologische Mechanismen werden in der Wissenschaft teilweise kontrovers diskutiert.

III. Teil

4 Körperliche Aktivität als in die Therapie des Burnout-Syndroms integrierte Maßnahme

4.1 Allgemeine Grundlagen der Therapie in Verbindung mit Bewegung, Spiel und Sport

Bewegung, Spiel und Sport als Ausgangspunkt und auch Grundlage sporttherapeutischen Bemühens zielen ab auf die Normalisierung des Verhaltens und Handelns auf motorischer, emotionaler, kognitiver und sozialer Ebene sowie auf die (Wieder-)Herstellung von psychophysischem Wohlbefinden (vgl. Deimel, 1988, S. 87).

4.1.1 Zu den Begriffen Therapie und Sporttherapie

Unter *Therapie* wird in den Lexika die Behandlung von Krankheiten mit gezielten Maßnahmen verstanden. Auch krankheitsähnliche Störungen werden mitberücksichtigt. Die Anwendung dieses Therapiebegriffes auf den Bereich psychischer Erkrankungen half dabei, eine Praxis von klinisch-psychologischen Behandlungsverfahren zu entwickeln. Bei diesen Verfahren werden verschiedene Methoden angewendet, so z. B. Gespräche zur Bewusstmachung von Verhalten, Musik und Bewegung als Katharsis, das Spiel zur Entspannung und der Sport als kurz- bis langfristiges Trainingsmittel. (vgl. Rieder, 1988, S. 54).

Die *Sporttherapie* versteht sich zwar als medizinische Hilfsdisziplin, arbeitet aber nicht in erster Linie mit Messdaten wie EKG, Katecholaminausschüttung, Aktivitätsniveau, Blutzucker, Gewichtskontrolle, Kraftleistungen, Zeiten oder Zeitreihenmessung, sondern mit schwer mess- und nachweisbaren Konstrukten wie Wohlbefinden, Gesundheit, Entspannung, Freude, Erholung, Erlebnis, Rhythmus, Befriedigung, Motivation, Selbstbestätigung, Aktivität und Eigeninitiative, Selbstkontrolle und Selbstbestimmung (vgl. Rieder, 1988, S. 55). Für den Begriff Sporttherapie (siehe auch 3.1.1, S. 46) gibt es mehrere Definitionsversuche, die sich,

mit Ausnahme von der Akzentuierung der Fachrichtung, kaum unterscheiden. Es soll hier nur eine Definition vorgestellt werden:

„Unter Sporttherapie verstehen wir das sportpädagogisch intendierte therapeutische Handlungsfeld, das durch den krankheitsbezogenen Einsatz von Inhalten und Methoden aus den Bereichen Bewegung, Spiel und Sport entsteht.“

(Bös et al., 1992, S. 42)

4.1.2 Bedeutung des Sports aus therapeutischer Sicht

Im Folgenden soll die therapeutische Wertigkeit des Sporttreibens beleuchtet werden. Es wird die von Nitsch und Nitsch (1979, zitiert nach Bös et al., 1992, S. 42) vorgeschlagene Differenzierung sporttherapeutischer Maßnahmen übernommen:

- Sport als Therapie
- Sport als Medium der Therapie
- Sport als flankierende Maßnahme der Therapie

4.1.2.1 Sport als Therapie

Bös et al. (1992, S. 43 f) unterscheiden drei große Krankheitsbereiche, in denen der Sport als Therapie eingesetzt wird: internistische, orthopädische und neurologische Erkrankungen. Die sportliche Betätigung an sich zeigt schon günstige Auswirkungen auf die Gesundheit. Bei dieser Form der Therapie geht es jedoch darum, vielfältige Bewegungserfahrungen zu vermitteln und motorische Fähigkeiten, Fertigkeiten und Funktionen in umfassender Weise zu schulen. Eine Analyse der Literatur zeigt, dass Sport in unterschiedlichstem Maße als therapeutische Maßnahme genutzt wird; quantitativ auffallend sind Arbeiten über die Therapie des Herzinfarkts durch Sport. Die Relevanz des Sports ergibt sich vor allem aus den positiven Adaptionen durch ein Ausdauertraining.

4.1.2.2 Sport als Medium der Therapie

Sportlich vermittelte Therapie spielt besonders im psychosomatischen und psychiatrischen Bereich eine Rolle. Die sportbezogenen Konzepte zielen neben rein physischen Adaptionen auch auf psychische Effekte und Veränderungen ab. Der Sport als Medium wird somit benutzt, um Erfahrungen zu sammeln, Veränderungen im Verhalten und Erleben auszulösen und diese psychotherapeutisch zugänglich zu machen.

Wichtig sind vor allem die Körpererfahrungen. Wie schon oben erwähnt, gehört das Gefühl von Anstrengung und Erschöpfung dazu, ebenso das Gefühl von Entspannung und Wohlbefinden nach der sportlichen Betätigung. Der Sport kann weiters einen Beitrag zur Entwicklung eines positiven Selbstkonzepts liefern. Veränderte Selbsterfahrungen bieten wiederum die Möglichkeit zu veränderten Sozialerfahrungen.

In der Therapie muss vor allem auf die richtige Dosis geachtet werden. Wenn Sport zu sehr unter dem Aspekt des Wettbewerbs und des Leistungsvergleichs praktiziert wird, besteht die Gefahr, dass Patienten rasch überfordert sind. Ebenso sollte eine Unterforderung vermieden werden. Sportbezogene Therapieprogramme im Bereich der Psychosomatik und Psychiatrie zielen speziell darauf ab, die Handlungsfähigkeit und damit die Selbstkontrolle des Betroffenen wiederherzustellen bzw. zu optimieren, die ihn zu einer störungsfreien Kommunikation und Interaktion befähigen soll. (vgl. Bös, 1992, S. 50 f).

4.1.2.3 Sport als flankierende Maßnahme der Therapie

Ansatzpunkte, um Sport als flankierende Maßnahme einer Therapieform einzusetzen, sind sowohl im Bereich der mehr somatisch orientierten Medizin als auch im Bereich der Psychosomatik und Psychiatrie zu finden. Bei psychischen Erkrankungen, so auch beim Burnout-Syndrom, kann es durch die Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit zu einer Stabilisierung des vegetativen Systems und somit zu einer günstigen Beeinflussung psychischer Prozesse kommen. Ehrhardt (1988, zitiert nach Bös et al., 1992, S. 51) zeigt am Beispiel von Patienten mit Essstörungen, wie Sport als flankierende Maßnahme bei einer Verhaltenstherapie eingesetzt werden kann. Ziele des psychotherapeutischen Programms sind:

- Anleitung zu positiver Körpererfahrung,
- Anleitung zu einem veränderten Umgang mit dem Körper,
- Lernen, den eigenen Körper zu akzeptieren,
- Lernen, mit anderen Patienten in Kontakt zu treten.

Diese Maßnahme kann sowohl für magersüchtige als auch für übergewichtige Patienten eingesetzt werden.

Im Falle einer Burnout Erkrankung könnte dies umgelegt werden auf:

- Anleitung zu positiver Körperwahrnehmung,

- Anleitung zu einem veränderten Umgang mit persönlichen Energiereserven,
- Lernen, sich zu entspannen (Gefühl von Anstrengung / Erschöpfung und Entspannung / Wohlbefinden),
- Lernen, Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl (wieder) zu erlangen und soziale Kontakte (wieder) aufzunehmen.

Alle diese Teilziele könnten Beiträge dazu sein, das Hauptziel, nämlich Handlungsfähigkeit und Selbstkontrolle, zu erreichen.

4.2 Mögliche bewegungsbezogene Therapieverfahren bei Burnout

Hölter (1993, S. 12 f) hat verschiedene Therapieverfahren in drei Gruppen eingeteilt. Er unterscheidet:

1. Verfahren, die auf eine körperliche Wiederherstellung bzw. Reaktivierung bedacht sind; hierzu zählt er z. B. die Krankengymnastik, Massagen und Hydrotherapie,
2. Verfahren, die körperliche und psychische Veränderungen zum Ziel haben, wie z. B. die Heilgymnastik, die Mototherapie und die Reittherapie,
3. Verfahren, die mit der Bewegung als Medium primär auf eine psychische Beeinflussung abzielen, wie z. B. die Konzentrative Bewegungstherapie, die Integrative Bewegungstherapie und die Tanztherapie.

In der Folge sollen vier Therapieformen näher behandelt werden, die beim Burnout Syndrom erfolgreich zu sein scheinen.

4.2.1 Mototherapie

Die Mototherapie verfolgt unter dem Anspruch einer ganzheitlichen Vorgehensweise die Unterstützung der Persönlichkeitsentwicklung sowie die Bearbeitung motorischer Schwächen und fördert die Auseinandersetzung mit sich selbst und der Umwelt. Sie richtet sich dabei an Menschen jeden Alters.

Hölter (1993, S. 23) hat folgende Basisziele benannt und erklärt:

- Aktivierung
- Freizeitgestaltung
- Vermittlung von Fertigkeiten und Wissen
- Bewegung als Medium der Psychotherapie

Aktivierung:

Hiermit wird zunächst eine allgemeine Aktivierung der Vitalfunktionen angestrebt, um negative körperliche und psychische Auswirkungen eines in der Regel bewegungsarmen Alltags bzw. Klinikalltags zu vermeiden. Im Weiteren geht es auch um eine Steigerung und Stabilisierung der allgemeinen körperlichen Leistungsfähigkeit, um eine Antriebsstärkung und um eine Erhöhung der Adaptionfähigkeit.

Diese allgemeine Aktivierung kann im Rahmen von Frühgymnastik, regelmäßigen Sportstunden mit Belastungen im Kraft-, Flexibilitäts- und Ausdrucksbereich, von Spaziergängen, Schwimmen, Radtouren usw. stattfinden.

Freizeitgestaltung:

Parallel zu einer medikamentösen und/oder psychotherapeutischen Behandlung kann durch Bewegung, Spiel und Sport vor allem bei längeren Klinikaufenthalten eine sinnvolle Nutzung der „freien Zeit“ erreicht werden, ohne dass diesen Handlungen ernsthafte therapeutische Eigenwertigkeit zugesprochen wird. Ziel ist es generell, das allgemein psychische Wohlbefinden zu fördern, neue Sozialkontakte zu schließen und letztlich einen anderen Weg der Selbstregulation zu finden. In diesem Zusammenhang können jedoch Sport und Spiel „per se“ heilende Kräfte entfalten und auch im Sinne einer Selbsthilfe wirksam werden. Ein weiterer Aspekt der Freizeitgestaltung ist die Vorbereitung auf ein Sporttreiben außerhalb der Klinik als unterstützende soziale Maßnahme.

Vermittlung von Fertigkeiten und Wissen:

Hierzu gehören zum einen Informationen über Anpassungsvorgänge des Organismus, über einfaches medizinisches Basiswissen, über psycho-physische Zusammenhänge, über Aspekte der Gruppenbildung und Motivation, über einfache biomechanische Gesetzmäßigkeiten und Grundlagen des motorischen Lernens sowie über Lerngelegenheiten für den Sport. Auf der anderen Seite geht es auch um die Vermittlung einer ausreichenden Erfahrungsbasis. Das bedeutet, dass z. B. eine individuell psychische Reaktion auf eine Belastung nur dann von Patienten sinnvoll thematisiert werden kann, wenn er zuvor Belastungen bewusst und hinreichend erfahren konnte. Der Einfluss von Körperhaltung, Mimik und Gestik auf das seelische

Erleben kann nur empfunden werden, wenn die körperliche und die Gefühlsebene entsprechend beobachtet und reflektiert wurden.

Bewegung als Medium der Psychotherapie:

Wird Bewegung gezielt als Medium der Psychotherapie eingesetzt, dann kann durch gezielte Bewegungsbeobachtung auf Probleme aufmerksam gemacht und die Diagnostik unterstützt werden.

Betrachtet man die Symptomatik eines Burnout-Prozesses und vergleicht die Beschwerden bei Burnout mit den positiven Effekten der Mototherapie, so könnte dieselbe als flankierende Maßnahme bei der Therapie des Burnout-Syndroms eingesetzt werden.

Diese Vorgehensweise entspricht einer Methodik, die schon Kiesel und Kohler als Möglichkeit, eine Therapieform zu gestalten, formuliert haben:

„Wir gingen den Weg, der bei der Erarbeitung jeder wissenschaftlichen Therapieform in der Medizin überhaupt notwendig ist. So arbeiteten wir zunächst die Kriterien heraus, die das Krankheitsbild insgesamt charakterisieren. Davon ausgehend prüften wir, welche spezifischen Behandlungsmaßnahmen am wirkvollsten bestimmte Erscheinungen des Krankheitsbilds beeinflussen können.“

(Kiesel & Kohler, 1972, zitiert nach Hölter, 1993, S. 58)³⁶

Die von Burisch vor allem in den Stadien 5-7 zusammengefassten Symptome des Burnout (Verflachung, psychosomatische Reaktionen, Verzweiflung; vgl. Tabelle 1, S. 21) könnten durch Mototherapie gelindert werden.

Durch *Aktivierung* wird zunächst die körperliche Leistungsfähigkeit gestärkt, die sich vor allem auf die psychosomatischen Beschwerden positiv auswirken kann, so z. B. auf die Stärkung des Immunsystems, die Regulierung des Blutdrucks,

³⁶ Die hier beschriebene Vorgehensweise wird in den folgenden Abschnitten immer wieder angewendet werden, obwohl hier nicht das Ziel verfolgt wird, eine neue eigenständige Therapieform zu kreieren. Es soll lediglich aufgezeigt werden, welche Wirkungen die einzelnen Therapien auf Symptome des Burnout-Syndroms haben könnten.

Atembeschwerden könnten erleichtert werden, eine Lockerung der Muskulatur durch Dehnungsübungen und vieles mehr wäre zu erreichen.

Eine bewusste *Neugestaltung der Freizeit*, in der vor allem eine sinnvolle Nutzung der Zeit angestrebt wird, kann die Verflachung sowohl des emotionalen, des sozialen als auch des geistigen Lebens, wie es Burisch nennt, bremsen. Auch das Gefühl der Sinnlosigkeit, das Burisch im Endstadium der Verzweiflung ansiedelt, kann sich bessern.

Kenntnisse der Körperfunktionen und Basiswissen von psycho-physischen Zusammenhängen können Burnout Betroffenen helfen zu erkennen, wie sich bewusste „Veränderungen des Körpers“, sei es nun die Veränderung der Körperhaltung oder der Mimik und der Gestik, auf das Seelenleben auswirken.

Ein Bewegungstherapeut kann durch gezielte Bewegungsbeobachtungen auf Probleme aufmerksam machen. Ansatzpunkt der *Bewegung als Medium der Psychotherapie* ist die Annahme, dass in Situationen, die durch Handlung und Erleben gekennzeichnet sind, Problempunkte natürlich und offensichtlich zutage treten, sodass sie erlebbar und damit auch bearbeitbar werden. Solche Problempunkte können z. B. Nähe versus Distanz, Vertrauen versus Misstrauen, Passivität versus Aktivität sein, die unter anderem Inhalt eines Burnoutprozesses sind. (vgl. Hölter, 1993, S. 27).

4.2.2 Konzentriative Bewegungstherapie

Die Konzentriative Bewegungstherapie (KBT) als Methode wissenschaftlicher Psychotherapie ist eine Verfahrensweise der systematisch erlernten, bewussten und geplanten Behandlung von psychisch, psychosozial oder auch psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen (vgl. Pokorny et al., 2001, S. 18).

Die KBT umfasst:

1. Interaktion zwischen Behandelndem und Behandeltem
2. Symptomlinderung und Beseitigung
3. Veränderung von Einstellungen und Verhaltensweisen

4. Förderung der Reifung, Entwicklung und Gesundheit der Behandelten

Becker (1988, S. 69) sieht die Konzentrierte Bewegungstherapie, im Gegensatz zu anderen nonverbalen Verfahren³⁷, nicht als ein übendes Verfahren, d. h. es gibt kein kollektives Übungsziel. Vielmehr geht es um die Wahrnehmung des eigenen Körpers in Ruhe bzw. Konzentration und Bewegung, um den Bezug zum Raum und zu den umgebenden Objekten und um Kommunikation im gruppenspezifischen Feld. Er nennt diese Therapieform auch „Spieltherapie für Erwachsene“.

Gräff (2008), die ein mehr oder weniger verbindliches praxisbezogenes Konzept der KBT veröffentlicht hat, hat als Leitfaden folgende Stufen der Entwicklung des Menschen in der KBT zusammengefasst:

- „1. Mit zunehmender Differenzierung und Verfeinerung der Sinne nimmt die Fähigkeit des Übenden, »wahr«-zunehmen, zu.*
- 2. Über die Wahrnehmung lernt er be-»greifen« und er-»kennen«.*
- 3. Das, worüber er Kenntnis erhalten hat, wird in das (Be-)»Wirken« einbezogen.*
- 4. Im Wirken und Bewirken findet er über das Handeln den Grund für Gelingen und Misslingen seines Vorgehens.*
- 5. Mit der Möglichkeit, zu unterscheiden, wird er fähiger, sich in der jeweiligen Situation persönlichkeitsadäquat zu entscheiden.*
- 6. Mit zunehmender Unabhängigkeit und Verselbständigung erhöht sich sein Freiheitsraum.*
- 7. Er lernt, der eigenen Anlage, seiner Dynamik und dem Rhythmus der Natur gemäß zu leben.“*

(Gräff, 2008, S. 263)

Der Bezug zum Burnout-Syndrom ergibt sich wiederum aus der Vielzahl der Symptome, wie z. B. Konzentrations- und Gedächtnisschwäche, Ungenauigkeit, Desorganisation, Entscheidungsunfähigkeit, Gefühl der Sinnlosigkeit, die mithilfe dieses Verfahrens gelindert werden könnten.

³⁷ Die KBT wird zwar den nonverbalen therapeutischen Verfahren zugeordnet, ist aber keineswegs ein tatsächlich nicht-sprachliches Verfahren (vgl. Budjuhn, 1992, S. 13).

4.2.3 Integrative Bewegungstherapie

Bei der Integrativen Bewegungstherapie (IBT) handelt es sich um ein phänomenologisch-hermeneutisch begründetes und tiefenpsychologisch orientiertes Verfahren ganzheitlicher Krankenbehandlung und Persönlichkeitsentwicklung. Die IBT basiert auf einem holistischen³⁸ Welt- und Menschenbild. Der Mensch - eine Körper-Seele-Geist-Einheit, mit seiner sozialen, kulturellen und ökologischen Umwelt in unauflösbarer Wechselwirkung verknüpft - wird in der IBT immer ganzheitlich betrachtet, auch im Falle psychischer Erkrankung.

„Das Ganze und die Teile, Figur und Hintergrund bestimmen einander gegenseitig. Dies besagt, daß [sic] damit auch seine Beziehung zu seinem Leib gestört ist – und umgekehrt.“

(Ullmann, 1984, zitiert nach Drefke & Petzold, 1988, S. 109)

In der IBT wird der Prozess dieser unauflösbaren Wechselwirkung zwischen Körper, Geist und Seele durch Techniken und Übungen und die dazugehörigen Medien stimuliert und strukturiert. Der Einsatz erfolgt je nach spezifischen Zielen, eingebettet in den therapeutischen Verlauf und unter Berücksichtigung der Gegebenheiten der Gesamtsituation (vgl. Höhmann-Kost, 2002, S. 29).

Techniken sind z. B. dosierter Körperkontakt; Arbeit mit geschlossenen Augen; Einbeziehung von Raum und Gegenständen; Symbolisierung von Bewegungsabläufen; Partnerarbeit; Kraft-, Entspannungs- und Ausdauertraining; Wahrnehmungs-, Atem- und Dehnübungen; Identifikation.

Als Medien können unter anderem fungieren: unterschiedliche Bälle und Stäbe; Seile, Decken und Tücher; Steine und Muscheln; Musik und alle sogenannten „kreativen Medien“³⁹.

Höhmann-Kost (2002, S. 115 ff) hat eine Sammlung von Übungen veröffentlicht, in denen folgende Themenkomplexe in der Therapie zum Ausdruck kommen:

- Raum erfahren
- Eigener Stand, die eigene Mitte im Stand finden, Imagination, Kraft
- Anlehnen, Hängenlassen, Fallenlassen, Loslassen

³⁸ Der Begriff kommt aus dem Griechischen, „holos“ bedeutet ganz, heil, vollständig.

³⁹ Dazu gehören bunte Farben, Papier, Kollagematerial, Ton, Handpuppen, auch die Sprache und das Schreiben von Texten sowie Bewegungen (vgl. Petzold & Orth, 1990, zitiert nach Höhmann-Kost, 2002, S. 29).

- Sich durchsetzen – Widerstand
- Druck
- Kontakt, Begegnung, Beziehung
- Identität
- Zeit, Uhr-Zeit, Zeit erleben
- Meditativ besinnliche Übungen

Diese Themen geben Einblick in die Vielfältigkeit dieser Therapieform. Es geht sowohl um problemlindernde Maßnahmen als auch um das Finden von Ressourcen, Lebensalternativen und um die Verbesserung der Lebensqualität. Es kommen verbale und nonverbale Vorgehensweisen zum Einsatz und neben therapeutischen Aspekten können auch pädagogische und sozialarbeiterische Handlungsstrategien angewandt werden (vgl. Höhmann-Kost, 2002, S. 22).

Bei einem ausgebrannten Menschen, der an Symptomen wie Schwächegefühl, Gedankenverlorenheit, Abstumpfung, negative Einstellung zu sich selbst und zur Arbeit, ständiges Auf-die-Uhr-sehen, Fluchtphantasien, Langeweile, Desinteresse, Einsamkeit etc. leidet, könnte diese Therapie durchaus zum Tragen kommen.

4.2.4 Tanztherapie

Die Tanztherapie als nonverbale Psychotherapie hat sich in den USA zu einer tiefenpsychologischen Primärtherapie entwickelt. Tanztherapeuten arbeiten in Kliniken und Sondereinrichtungen oder auch in freier Praxis. Es haben sich verschiedene theoretische Richtungen entwickelt, wobei trotz der Unterschiede durchgängig zwei grundlegende Annahmen gelten:

*„a) Körper und Bewegung eines Menschen spiegeln seine charakteristischen Persönlichkeitsmerkmale wider und weisen auf Störungen und Problembereiche hin und
b) über den nonverbalen Kontakt der gemeinsamen Bewegung mit dem Therapeuten kann ein Patient frühkindliche emotionale Erfahrungen wieder erinnern und durcharbeiten.“*

(Siegel, 1988, S. 76)

Siegel, die jahrelange Erfahrung mit vielen Patienten in psychiatrischen Kliniken und in freier Praxis hat, entwickelte für ihre Arbeit folgende Leitlinien:

„Der Wiederaufbau einer harmonischen Leib/Seele-Einheit muss durch sorgfältige Bewegungsarbeit erfolgen, die neben

den motorischen Fähigkeiten den Aufbau eines adäquaten Körperbildes fördert.

Katharsis wird als ein Weg zur Rückerinnerung an traumatische Ereignisse erkannt.

Die durch eigene Tätigkeit und Selbstbeobachtung gewonnene Einsicht muss auch verbal durchgearbeitet werden.

Von dem Patienten bevorzugte Bewegungsmuster werden als Ausgangspunkt speziell choreographierter Tänze und Bewegungen benutzt.

Selbständigkeit wird durch Improvisation gefördert.

Muskuläre Hemmungen und Verkrampfungen werden als unbewusster Versuch angesehen, Aggressionen auszudrücken und gleichzeitig zu unterdrücken.“

(Siegel, 1988, S.77)

Siegel meint, dass sich Psychoanalyse und Tanztherapie in vielfacher Hinsicht ergänzen. Nonverbales Verhalten, also die Bewegung, ist viel unbefangener und nicht so stark der Steuerung des Bewusstseins unterlegen, wie das Sprechen. In der Tanztherapie geht es um eine Synthese von psychoanalytischen Überlegungen und Bewegung. Das Durcharbeiten der Bewegung ist nicht nur psychoanalytisch von Bedeutung, sondern auch therapeutisch wirksam.

Im Endstadium eines Burnout-Syndroms stehen Symptome wie negative Einstellung zum Leben, Hoffnungslosigkeit, Gefühl der Sinnlosigkeit, Selbstmordabsichten und Existentielle Verzweiflung im Vordergrund. Durch eine Tanztherapie, die tiefenpsychologische Ansätze aufweist, könnten vor allem die oben genannten Symptome aufgearbeitet und das Beschwerdebild als ganzes verbessert werden.

4.3 Human Flow Therapie

Die Human Flow Therapie wurde 2006 von Falk Mieschendahl gegründet. Die Idee entstand aus seiner Arbeit als Yoga- und Meditationslehrer. Er arbeitete vor allem mit überlasteten, unzufriedenen und ängstlichen Menschen, die einen starken Wunsch nach permanenter Veränderung hegten.

Aus der Arbeit mit diesen Menschen und seiner eigenen Suche nach Freude und innerer Stille, kristallisierten sich mehrere Kernprinzipien und „ein verblüffend einfacher Entwicklungsprozess“ heraus (<http://www.humanflow.de/burnout-programm.html>).

4.3.1 Was ist „Human Flow“?

Human Flow greift den Begriff „Flow“ auf, den der amerikanische Psychologe Mihaly Csikszentmihalyi geprägt hat.

„The term (sc. Flow) captures the essence of what happens when one becomes totally absorbed in an activity.“

(Jackson & Csikszentmihalyi, 1999, S. 11)

Es ist ein Zustand der vollkommenen Zufriedenheit und Entspannung, ausgelöst durch eine Aktivität, in der das Zeitgefühl verloren geht. Der Bestseller Autor Eckart Tolle nennt es „im Jetzt sein“ und meint damit einen Zustand intensiver Gegenwärtigkeit, in dem man frei von Gedanken ist (vgl. Tolle, 2000, S. 105).

Die Flow Therapie fördert dieses Erleben der vollkommenen Zufriedenheit, aber nicht als eine gelegentliche Erfahrung, sondern als eine grundsätzliche Art zu sein.

Während des persönlichen Coaching Prozesses erleben die meisten Menschen eine strukturelle Veränderung und einen Zustand, in dem Spannungen, Ängste und Unruhe sich wie von selbst auflösen. Es ist ein Effekt, der ungenutztes Potenzial zu neuem Leben erweckt und einen einfacheren Zugang zu sich und zur Quelle der eigenen Lebensfreude ermöglicht (vgl. <http://www.humanflow.de>).

4.3.2 Ganzheitliches Fitnessstraining

Human Flow bietet ein ganzheitliches Fitness Coaching zur Steigerung der körperlichen Kraft, Kondition und Vitalität. Auch geistiger und emotionaler Ausgleich sind ein wichtiger Teil des Trainings.

Das Ziel des Programms ist es, die körperliche Leistung kontinuierlich zu steigern, während gleichzeitig der Körper in einem Zustand der Entspannung und des Wohlfühls gehalten wird.

Für das Training werden die neuesten Erkenntnisse aus der Sportwissenschaft benutzt und mit Yoga und ganz allgemeinen Meditationsprinzipien verbunden. Die Übungen können dabei leistungsorientiert oder auf Ruhe und auf Entspannung ausgerichtet sein (vgl. <http://www.humanflow.de/pdfs/programme.pdf>).

Ein Trainingsplan, der individuell erstellt wird, kann folgende Elemente beinhalten (vgl. <http://www.humanflow.de/burnout-programm.html>):

- Modernes Kraft- und Konditionstraining

- Qi-Gong⁴⁰
- Ernährungsberatung
- Yoga / Meditation / Entspannung
- Mentaltraining
- Joggen / Fahrrad fahren
- Atemübungen
- Achtsamkeitsübungen

4.3.3 Human Flow Yoga

Yoga ist ein sehr altes Übungssystem, das in Indien seit mehr als zwei Jahrtausenden praktiziert wird. Es umfasst eine Reihe geistiger und körperlicher Übungen und beschreibt grundsätzlich auch eine Lebenseinstellung (vgl. <http://www.yoga-vidya.de/index.html>).

„Yoga stellt ein wirksames Gegenmittel gegen die Belastungen des modernen Lebensstils dar. Als praktische Philosophie strebt Yoga über die Vereinigung von Körper, Seele und Geist ein psychisches Gleichgewicht und Gesundheit an.“

(McGilvery et al., 1994, S. 171)

Yoga gilt gleichzeitig als Philosophie, Wissenschaft und Kunst. Das Wort Yoga bedeutet „verbinden“, „Joch“ bzw. „Gespann“ und verweist auf die Zusammenfassung sämtlicher Aspekte des menschlichen Wesens von den tiefsten und innersten Ebenen bis hin zu den äußeren Bereichen zu einem Ganzen (vgl. McGilvery et al., 1994, S. 172).

Patanjali, ein Weiser, der um 220 v. Chr. lebte, stellte die erste Figur des Yoga dar. Er war Verfasser verschiedener Werke auf den Gebieten der Medizin, der Sprachlehre und des Yoga. Seine Abhandlungen über das Yoga – die sogenannten „Yoga-Sutras“ gelten auch heute noch als maßgeblich.

Nach Patanjali besteht Yoga aus acht Stufen, die alle gleich wichtig sind und als Bestandteil eines Ganzen gesehen werden müssen (vgl. McGilvery, 1994, S. 173):

⁴⁰ „Der Begriff Qi-Gong bedeutet so viel wie „Arbeit am Qi“ oder „Übungen mit dem Qi“. Qigong ist somit der moderne Oberbegriff für alle Übungen, mit denen man das Qi [Lebensenergie] im eigenen Körper selbst beeinflussen kann. Dies geschieht im Wesentlichen durch bestimmte Körperhaltungen, Bewegungen und Atemtechniken sowie durch bestimmte Körperhaltungen, Bewegungen und Atemtechniken sowie durch meditative Konzentration.“ (Engelhardt et al., 2007, S. 8).

1. Yamas = fünf universelle Gebote, die auf die Schaffung einer besseren Welt abzielen;⁴¹
2. Niyamas = fünf persönliche Disziplinen;⁴²
3. Asanas = Praktizieren der Yogahaltungen;
4. Pranayama = Kontrolliertes Atmen;
5. Pratyahara = Distanzierung von weltlichen Geschehnissen;
6. Dharana = Konzentration, die willentliche Bündelung des Geistes;
7. Dhyana = Meditation, das Erreichen eines ruhigen und meditativen Zustands;
8. Samadhi = Trance oder ein Zustand der Glückseligkeit.

Human Flow Yoga bedient sich verschiedener Yoga Techniken. Es ist ein fließender Yoga Stil zur sanften Förderung der Flexibilität, Stärke und inneren Balance. Bei den einzelnen Übungen wird vor allem die richtige Atmung, runde Bewegungsabläufe, isolierte Positionen und eine spielerische Aufmerksamkeit nach Innen betont. (vgl. www.humanflow.de).

Am Ende jeder Yogastunde wird eine Tiefenentspannung angeboten, die etwa zehn bis fünfzehn Minuten dauert. Diese Technik wird am Rücken liegend durchgeführt, alle Teile des Körpers werden systematisch entspannt und schließlich entspannt sich auch der Geist. (<http://www.humanflow.de>).

4.3.4 Achtsamkeitsübungen

Die Human Flow Therapie verfolgt das Ziel, dass Menschen zur Ruhe kommen, den inneren Stressmechanismus verstehen und die Stresskonditionierung auflösen (vgl. <http://www.humanflow.de/burnout-coach-details.html>). Die Voraussetzung dafür, um diesen Zustand zu erreichen, ist es, den Augenblick zu leben – die Kraft der Gegenwart erfahren, wie Tolle in seinem Buch schreibt.

Falk Mieschendahl und sein Team verwenden mehrere Therapiemethoden:

- Entkonditionierungstraining
- Schematische Stressbefragung

⁴¹ Man soll nichts und niemandem Leid zufügen; man soll ehrlich sein, nicht stehlen, fromm und keusch leben und nicht habgierig sein (vgl. McGilvery, 1994, S. 173).

⁴² Beinhaltet Reinlichkeit, Genügsamkeit, Selbstdisziplin, Selbsterforschung und das Studium der Schriften sowie Hingabe an die Gottheit (vgl. McGilvery, 1994, S. 173).

- Bewegung (Yoga Asanas)
- Vertiefende Alltagsübungen u. a.

Eine von dem US-Mediziner Jon Kabat-Zinn entwickelte Methode ist die MBSR („Mindfulness Based Stress Reduction“⁴³), die unter anderem verschiedene Formen der Meditation, Körperwahrnehmung und des Yoga verbindet. Ein Artikel im Magazin Focus online handelt von dieser Methode als effektives Mittel gegen Stress und Burnout (vgl. Weber, 2008), auf den Falk Mieschendahl verweist.

Die Bedeutung der Achtsamkeit ist mittlerweile von großem wissenschaftlichem Interesse. Dies zeigt auch eine Liste an Publikationen, die auf der Human Flow Seite zu finden ist.

Durch die Vielfältigkeit der Human Flow Therapie und durch die Offenheit für Erneuerungen durch Erkenntnisse aus der Wissenschaft scheint diese Art von Therapie für Menschen, die den Glauben an den Sinn ihres Lebens verloren haben, sehr hilfreich zu sein, da der Mensch „dort abgeholt wird, wo er sich gerade befindet“.

⁴³ Übersetzt heißt dies „Stressbewältigung durch Achtsamkeit“

5 Zusammenfassung und Ausblick

5.1 Zusammenfassung

Einiges wurde dazu bereits in den kurzen Zusammenfassungen des I. und II. Teiles (2.5 und 3.4) gesagt, trotzdem soll noch der Versuch einer Gesamtzusammenfassung unter Einbeziehung des III. Teiles unternommen werden.

Der **I. Teil** dieser Arbeit konnte zeigen, wie vielschichtig und vielfältig sich das **Burnout-Syndrom** darstellt (**Kapitel 2**).

Dies gilt bereits für den Begriff „Burnout“ und daraus folgend für die Definitionsversuche.

Angesichts der Vielfalt der Möglichkeiten verwundert es nicht, dass auch die Burnoutkonzepte der drei Pioniere auf diesem sehr jungen Forschungsgebiet - neben Gemeinsamkeiten - sich v. a. hinsichtlich der die Krankheit auslösenden Noxen voneinander unterscheiden.

Sieht Herbert Freudenberger, der bezüglich der Methode deskriptiv vorgeht, in der Diskrepanz von Erwartung und Realität das auslösende Moment für Burnout und siedelt es damit eher auf der individuellen Ebene an, so steht beim Burnoutkonzept nach Christine Maslach, deren Veröffentlichungen bereits eine gewisse Systematisierung aufweisen, die Art und das Umfeld der Arbeit, also die Organisation, als auslösender Faktor im Vordergrund. Cary Cherniss, dessen Konzept noch weiter ausgereift ist, verlegt den Schwerpunkt seiner Forschung auf die „Passung“, die sich aus der Interaktion zwischen Umwelt und Person ergibt.

Dieser Pionierphase der Burnout-Forschung, die Mitte der 1970er Jahre beginnt, folgt eine empirische Phase bis Mitte der 1990er Jahre, die sich dann als Phase der Methodenintegration bis in unsere Zeit fortsetzt.

Begriff und Phänomen Burnout wurde somit im **Kapitel 2.1** dargestellt.

Kapitel 2.2 widmete sich der Symptomatik, dem Verlauf und der Pathogenese der Erkrankung.

Die Stadieneinteilung anhand der Symptomatik und des Verlaufs der Erkrankung - bei Herbert Freudenberger in zwölf Stadien, bei Matthias Burisch in sieben und bei Jörg Fengler in zehn - ist ein Zeichen für die Vielfalt und schwierige Klassifizierbarkeit des Burnout-Syndroms.

Bezüglich der Pathogenese werden in der Literatur vorwiegend psychische Verletzungen angeführt, wobei sich aber noch ein weites Forschungsfeld auftut.

Vor diesem Hintergrund ist es von großem Wert, für die Diagnosestellung zwei Instrumente zur Verfügung zu haben, die Christine Maslach als das MBI und Ayala Pines als das TM entwarfen. Diese Fragebögen mögen auch die differentialdiagnostische Abgrenzung zu ähnlichen Krankheitsbildern und Phänomenen erleichtern.

Kapitel 2.3. beschäftigte sich mit dieser Diagnosestellung und Abgrenzung und mit den Nachbarkonzepten des Burnout, wobei besonderes Interesse dem „Stress“ galt. Wie sehr sich Krankheitsbilder überlagern und sich nur schwer gegeneinander abgrenzen lassen, zeigt der Überblick über das Phänomen „Stress“; auch hier gibt es verschiedenste Sichtweisen und dementsprechende Hypothesen. Es zeigte sich, dass aus dem Blickwinkel der psychologischen, v. a. aber der organisationspsychologischen Stressforschung der Abstand zwischen „Stress“ und dem Burnout-Syndrom sehr klein ist, sich aber dennoch beide Phänomene unterscheiden. Ähnliches kann auch von der Depression gesagt werden. Nach Bangert (2002) ist Burnout - was die Symptomatik anlangt - im Endstadium nichts anderes als eine Depression. Ebenso konnten Überschneidungen zu „Arbeits(un)zufriedenheit“ und zur „Bewältigung“ aufgezeigt werden.

Die allgemeine Therapie des Burnout war das Anliegen des **Kapitels 2.4.**

Es bestehen vielfältige Therapieempfehlungen aus verschiedenen Sparten wie psychologische Maßnahmen, Tipps für die Lebensgestaltung, aus der Psychotherapie bis hin zum Arbeitsplatzwechsel. Diese Therapien können oft nur in Kombination miteinander - und auch da nicht immer erfolgreich - versuchen, Burnout zu heilen, sodass es einen Versuch wert scheint, zusätzlich Bewegungstherapie und Sport als therapeutische Maßnahme einzusetzen.

Um diesen Versuch zu starten, war es notwendig, sich in einem **II. Teil** mit der **Gesundheit als Ziel körperlicher Aktivität** auseinanderzusetzen (**Kapitel 3**).

Zur körperlichen Aktivität gibt es eine gut ausgereifte Begrifflichkeit; es handelt sich somit um ein wissenschaftlich penibel untersuchtes Gebiet, was den hohen Stellenwert im Leben des Menschen andeutet (**Kapitel 3.1**).

Ähnliches gilt in **Kapitel 3.2** für das schillernde Phänomen Gesundheit. Gesundheit ist selbstverständlich Thema der Medizin, stellt sich aber auch als soziales und anthropologisches Problem dar. Das Salutogenesemodell von Antonovsky stellt einen Versuch dar, die einzelnen Aspekte zu integrieren und miteinander in Verbindung zu bringen; Gesundheit und Krankheit können dann in einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum verortet werden.

Auf einen möglichen Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und Gesundheit (Wohlbefinden) ging **Kapitel 3.3** ein. Dieser Zusammenhang wird auf physischer und psychischer Ebene in der Literatur kontrovers diskutiert; dennoch überwiegt die Ansicht, dass körperliche Aktivität sowohl das physische als auch das psychische Wohlbefinden positiv beeinflusst. Der Erklärungsansätze dafür gibt es mehrere; ein physiologischer und ein psychologischer wurde vorgestellt.

Im **III. Teil** dieser Arbeit wurde eine Antwort gesucht auf die in der Einleitung (Kapitel 1.2) sinngemäß gestellte Frage, ob **körperliche Aktivität als in die Therapie des Burnout integrierte Maßnahme** möglich ist (**Kapitel 4**). Dazu wurde versucht auf spekulativem Weg die Symptomatik des Burnout mit den heilenden Effekten körperlicher Aktivität zu verbinden, ein Methodenschritt, den Kiesel & Kohler (1972) bereits empfahlen.

In einem ersten Schritt (**Kapitel 4.1**) musste dazu den allgemeinen Grundlagen der Therapie in Verbindung mit Bewegung, Spiel und Sport nachgegangen werden. Es ging um die Begrifflichkeit und um die therapeutische Bedeutung des Sports, wobei der Sport als flankierende Maßnahme der Therapie für das Burnout-Syndrom von Bedeutung sein könnte.

In **Kapitel 4.2** wurden vier bewegungsbezogene Therapieverfahren herausgegriffen und näher betrachtet. Die Ziele, die diese Behandlungsentwürfe anpeilen, könnten sehr wohl auch Ziele der Burnout-Therapie sein. Was hier gedanklich durchgespielt wurde, bedürfte jedoch der praktischen Anwendung und Erprobung, um dezidiert sagen zu können, dass hier auch wirklich Hilfe zu finden ist.

Das Gleiche gilt für die Human Flow Therapie, die in **Kapitel 4.3** umrissen wurde. Gerade diese Vorgehensweise könnte wegen ihres fernöstlichen Gepräges, das heutzutage auf viel Akzeptanz stößt, ein viel versprechender Weg der Burnout-Therapie mittels körperlicher Aktivität sein.

5.2 Ausblick

Dem Umfang dieser Arbeit entsprechend mussten Fragen unbeantwortet bleiben, so z. B. die in der Einleitung gestellte Frage nach eventuellen Nebenwirkungen bewegungsbezogener Therapieverfahren (1.2) bzw. auch nach Kontraindikationen für sportmedizinische Interventionen.

Ebenfalls unbeantwortet blieben die unter 2.2.2 gestellten Fragen bezüglich der Pathogenese des Burnout-Syndroms. Hier fehlen wissenschaftliche Untersuchungen, ob Körperbau, Hormonlage, Schwachstellen und Fehlfunktionen von Organen oder andere somatische Gegebenheiten für die Entstehung des Burnout mitverantwortlich sind. Auch nach der Rolle der Charaktertypen wäre zu fragen. Man muss bedenken, dass unter nach außen hin fast gleichen Bedingungen Menschen erkranken und andere nicht.

Gerade was die Pathogenese des Burnout anlangt, ist noch vieles offen und wäre wichtig, erforscht zu werden, um nicht nur eine Therapie des Burnout zu erstellen, sondern um auch prophylaktisch tätig zu werden. Körperliche Aktivität und Sport, in welcher Form auch immer, könnten für die Vorbeugung wesentlich sein.

Interessant wäre weiters die Klärung der Frage, ob es Burnout auch schon früher gegeben hat, ohne erkannt und benannt zu werden, oder ob es ein Phänomen der jüngsten Zeit ist, hervorgerufen durch eine sich rasch wandelnde Gesellschaft und Umwelt sowie die Änderung der Arbeitsbedingungen und familiären Verhältnisse; durch eine Umpolung der Werte; durch ein sich immer schneller drehendes

Lebenskarussell, in dem Erholung, Entspannen, Loslassen Luxusgüter geworden sind Körperliche Aktivität und Sport statt Medienüberflutung könnten einen Ausgleich schaffen.

Vier bewegungsbezogene Therapieverfahren wurden herausgegriffen und mit der Symptomatik des Burnout-Syndroms in Verbindung gebracht; auch andere Konzepte könnten der dabei angewandten Methode unterworfen werden.

Eine der wesentlichsten Aufgaben der Forschung auf diesem Gebiet wäre meines Erachtens die Sammlung und Auswertung empirischen Materials, damit aus der Theorie Praxis wird, und damit sporttherapeutische Maßnahmen der Behandlung der zunehmend häufiger auftretenden Krankheit Burnout flankierend zur Seite stehen können.

6 Literaturliste

- ABELE, A. BREHM, W. (1994). Welcher Sport für welche Stimmung? Differentielle Effekte von Fitness- versus Spielsportaktivitäten auf das aktuelle Befinden. In J. R. Nitsch & R. Seiler (Hrsg.), *Bewegung und Sport – Psychologische Grundlagen und Wirkungen*. (Gesundheitssport – Bewegungstherapie, 4, S. 133-149). Sankt Augustin: Academia Verlag.
- ANTONOVSKY, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt-Verlag.
- ARONSON, E., PINES, A. M. & KAFRY, D. (1983). Ausgebrannt. Vom Überdruß zur Selbstenfaltung. Stuttgart: Klett – Cotta.
- BACHARACH, D. W. (2004). Review of Exercise Physiology. In L. M. LeMura & S. P. von Duvillard (Ed.), *Clinical Exercise Physiology. Application and Physiological Principles* (pp. 3-13). Philadelphia, Baltimore, New York, London, Buenos Aires, Hong Kong, Sydney, Tokyo: Lippincott Williams & Wilkins.
- BANGERT, C. (2002). Wenn Lehrer nicht mehr leben wollen. Depressionen verstehen, vorbeugen, überwinden. Berlin: Tenea Verlag.
- BECKER, H. (1988). Bewegung und Therapie aus der Sicht der Psychoanalyse. In G. Hölter (Hrsg.), *Bewegung und Therapie* (S. 67-75). Dortmund: Verlag modernes lernen.
- BÖS, K., WYDRA, G. & KARISCH, G. (1992). Gesundheitsförderung durch Bewegung, Spiel und Sport. Ziele und Methoden des Gesundheitssports in der Klinik. (Beiträge zur Sportmedizin, 38). Erlangen: perimed Fachbuch-Verlagsgesellschaft mbH.
- BÖS, K. & BREHM, W. (Hrsg.). (1998). Gesundheitssport. Ein Handbuch. Beiträge zur Lehre und Forschung im Sport. Schorndorf: Verlag Karl Hofmann.
- BROWN, S. P., MILLER, W. C. & EASON, J. M. (2006). Exercise Physiology. Basis of Human Movement in Health and Disease. Baltimore, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- BUDJUHN, A. (1992). Die psycho-somatischen Verfahren. Konzentrierte Bewegungstherapie und Gestaltungstherapie in Theorie und Praxis. Dortmund: Verlag modernes lernen.
- BURISCH, M. (2006). Das Burnout – Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung. Heidelberg: Springer Verlag.
- CHERNISS, C. (1999). Jenseits von Burnout und Praxisschock. Hilfen für Menschen in lehrenden, helfenden und beratenden Berufen. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- CONZELMANN, A. (2001). Sport und Persönlichkeitsentwicklung. Möglichkeiten und Grenzen von Lebenslaufanalysen. Schorndorf: Verlag Karl Hoffmann.
- DAVID, E. (1986). Grundlagen der Sportphysiologie. (Beiträge zur Sportmedizin, 29). Erlangen: perimed Fachbuch-Verlagsgesellschaft.
- DEIMEL, H. (1988). Sport und Bewegung in der klinischen Therapie von Erwachsenen. Eine empirische Untersuchung zur Bewertung bewegungsbezogener Maßnahmen. In G. Hölter (Hrsg.), *Bewegung und Therapie* (S. 87-105). Dortmund: Verlag modernes lernen.

- DEIMEL, H. (2002). Körperliche Aktivität und psychogene Erkrankungen. In G. Samitz & G. B. M. Mensink (Hrsg.), *Körperliche Aktivität in Prävention und Therapie. Evidenzbasierter Leitfaden für Klinik und Praxis* (S. 195-205). München: Hans Marseille Verlag GmbH.
- DICKHUTH, H. – H. (2000). Einführung in die Sport- und Leistungsmedizin. (Sport und Sportunterricht, 16). Schorndorf: Verlag Karl Hofmann.
- DILLING, H. & FREYBERGER, H. J. (Hrsg.). (2000). Taschenführer zur Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10. Weltgesundheitsorganisation. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- DREFKE, H. & PETZOLD, H. (1988). Die Integrative Bewegungstherapie und ihre Bedeutung in der Ausbildung von Sportlehrern und Bewegungswissenschaftlern. In G. Hölter (Hrsg.), *Bewegung und Therapie* (S. 106-125). Dortmund: Verlag modernes lernen.
- ENGELHARDT, U., HILDENBRAND, G. & ZUMFELDE-HÜNEBURG, C. (2007). Leitfaden Qigong. Gesundheitsfördernde und therapeutische Übungen der chinesischen Medizin. München, Jena: Urban & Fischer Verlag.
- FENGLER, J. (1999). Burnout und berufliche Deformation. In J. Fengler & G. Jansen (Hrsg.), *Handbuch der Heilpädagogischen Psychologie* (S. 305-321). Stuttgart, Berlin, Köln: W. Kohlhammer GmbH.
- FENGLER, J. & JANSEN, G. (Hrsg.). (1999). Handbuch der Heilpädagogischen Psychologie. Stuttgart, Berlin, Köln: W. Kohlhammer GmbH.
- FOSTER, C., PORCARI, J. P., CADWELL, K., HATCHER, S. KARLSDOTTIR, A. E., THEUSCH, C., RECALDE, P. & VOELKER, S. (2004). Ischemic Cardiovascular Disease. In L. M. LeMura & S. P. von Duvillard (Ed.), *Clinical Exercise Physiology. Application and Physiological Principles* (pp. 29-41). Philadelphia, Baltimore, New York, London, Buenos Aires, Hong Kong, Sydney, Tokyo: Lippincott Williams & Wilkins.
- FREUDENBERGER, H. & NORTH, G. (1992). Burn-out bei Frauen. Über das Gefühl des Ausgebranntseins. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag GmbH.
- GASSER, R. (2001). Gesundheit für Herz und Kreislauf. Niedernhausen: Falken Verlag.
- GRÄFF, C. (2008). Konzentrierte Bewegungstherapie in der Praxis. Stuttgart: Hippokrates Verlag GmbH.
- GROVE, J. R. & EKLUND, R. C. (2004). Exercise and Anxiety. In L. M. LeMura & S. P. von Duvillard (Ed.), *Clinical Exercise Physiology. Application and Physiological Principles* (pp. 605-615). Philadelphia, Baltimore, New York, London, Buenos Aires, Hong Kong, Sydney, Tokyo: Lippincott Williams & Wilkins.
- GRUPE, O. & KRÜGER, M. (Hrsg.). (1997). Einführung in die Sportpädagogik. (Sport und Sportunterricht, 6). Schorndorf: Verlag Karl Hofmann.
- GOLD, Y. & ROTH, R. A. (1993). Teachers Managing Stress and preventing Burnout: the Professional Health Solution. London, Washington D.C.: The Falmer Press.
- HÖHMANN-KOST, A. (2002). Bewegung ist Leben. Integrative Leib- und Bewegungstherapie – eine Einführung. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.

- HÖLTER, G. (Hrsg.). (1988). *Bewegung und Therapie*. Dortmund: Verlag modernes lernen.
- HÖLTER, G. (Hrsg.). (1993). *Mototherapie mit Erwachsenen. Sport, Spiel und Bewegung in Psychiatrie, Psychosomatik und Suchtbehandlung*. (Reihe Motorik, 13). Schorndorf: Verlag Karl Hofmann.
- HOMFELDT, H.-G. (Hrsg.). (1999). „Sozialer Brennpunkt“ Körper. (Grundlagen der Sozialen Arbeit, 2). Hohengehren: Schneider - Verlag.
- HOSEK, V. (1994). Sense of coherence (SOC) and physical activity. In J. R. Nitsch & R. Seiler (Hrsg.), *Bewegung und Sport – Psychologische Grundlagen und Wirkungen*. (Gesundheitssport – Bewegungstherapie, 4, S. 101-103). Sankt Augustin: Academia Verlag.
- JACKSON, S. A. & CSIKSZENTMIHALYI, M. (1999). *Flow in sports*. Champaign: Human Kinetics.
- KAHN, R. L., WOLFE, D. M., QUINN, R. P. & SNOEK, J. D. (1964). *Organizational Stress: Studies in role conflict and ambiguity*. New York, London, Sydney: John Wiley & Sons, Inc.
- KLEIBER, D. & ENZMANN, D. (1990). *Burnout. Eine internationale Bibliographie*. Dr. C. J. Hogrefe, Göttingen, Toronto, Zürich: Verlag für Psychologie.
- KLEINE, D. & HENSEL, J. (1994). Sportliche Aktivität als Mittel zur Stressreduktion nach einer schulischen Belastung. In J. R. Nitsch & R. Seiler (Hrsg.), *Bewegung und Sport – Psychologische Grundlagen und Wirkungen*. (Gesundheitssport – Bewegungstherapie, 4, S. 150-155). Sankt Augustin: Academia Verlag.
- KNAUDER, H. (2005). *Burn-out im Lehrberuf. Verlorene Hoffnung und wiedergewonnener Mut*. Graz: Leykam.
- KNOBLOCH, J. & FRITZ, A. (1993). Erklärungsansätze für psychische Effekte von Bewegungsprogrammen. In G. Hölder (Hrsg.), *Mototherapie mit Erwachsenen. Sport, Spiel und Bewegung in Psychiatrie, Psychosomatik und Suchtbehandlung*. (Reihe Motorik, 13, S. 43-51). Schorndorf: Verlag Karl Hofmann.
- KRAUS, M. F. (1987). *Sporttreiben und psychische Gesundheit. Systematisierung und Bewertung von Veröffentlichungen zum Sporttreiben aus der Sicht psychologischer Theorien der psychischen Gesundheit*. Dissertation, Institut für Sportwissenschaft der FU Berlin.
- LAZARUS, R. S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York, St. Louis, San Francisco, Toronto, London, Sydney: McGraw-Hill.
- LEMURA, L. M. & DUVILLARD, S. P. (Ed.). (2004). *Clinical Exercise Physiology. Application and Physiological Principles*. Philadelphia, Baltimore, New York, London, Buenos Aires, Hong Kong, Sydney, Tokyo: Lippincott Williams & Wilkins.
- MASLACH, C. & LEITER, M. P. (2001). *Die Wahrheit über Burnout. Stress am Arbeitsplatz und was Sie dagegen tun können*. Wien, New York: Springer-Verlag.
- MCGILVERY, C., REED, J. & MEHTA, M. (1994). *Aromatherapie, Massage, Yoga. Ein praktischer Ratgeber zur Anwendung natürlicher Entspannungstechniken und sanfter Heilmethoden*.
- NITSCH, J. R. & SEILER, R. (Hrsg.). (1994). *Bewegung und Sport – Psychologische Grundlagen und Wirkungen*. (Gesundheitssport – Bewegungstherapie, 4). Sankt Augustin: Academia Verlag.

- NÖCKER, J. (1989). Die biologischen Grundlagen der Leistungssteigerung durch Training (angewandte Physiologie). Schorndorf: Hoffmann.
- PINES, A. M., ARONSON, E. & KAFRY, D. (2000). Ausgebrannt. Vom Überdruß zur Selbstentfaltung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- POKORNY, V., HOCHGERNER, M., & CSERNY, S. (2002). Konzentrierte Bewegungstherapie. Von der körperorientierten Methode zum psychotherapeutischen Verfahren. Wien: Facultas-Universitätsverlag.
- PRSKAVEC, A. (2005). Burnout und Engagement bei Ärzten. Diplomarbeit, Universität Wien.
- REIMERS, C. D. (2003). Gesundheitliche Auswirkungen körperlicher Aktivität. In C. D. Reimers & A. Broocks (Hrsg.), *Neurologie, Psychiatrie und Sport* (S. 46-55). Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- REIMERS, C. D., & BROOCKS, A. (Hrsg.). (2003). *Neurologie, Psychiatrie und Sport*. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- RIEDER, H. (1988). Bewegung und Therapie aus der Sicht der Sporttherapie. In G. Hölter (Hrsg.), *Bewegung und Therapie* (S. 53-66). Dortmund: Verlag modernes lernen.
- SAMITZ, G. & BARON, R. (2002). Epidemiologie der körperlichen Aktivität. Definitionen, Klassifikationen, Methoden und Konzepte. In G. Samitz & G. B. M. Mensink (Hrsg.), *Körperliche Aktivität in Prävention und Therapie. Evidenzbasierter Leitfaden für Klinik und Praxis* (S. 11-31). München: Hans Marseille Verlag GmbH.
- SAMITZ, G. & MENSINK, G. B. M. (Hrsg.). (2002). *Körperliche Aktivität in Prävention und Therapie. Evidenzbasierter Leitfaden für Klinik und Praxis*. München: Hans Marseille Verlag GmbH.
- SCHMID, A. C. (2003). Stress, Burnout und Coping. Eine empirische Studie an Schulen zur Erziehungshilfe. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.
- SCHLICHT, W. (1994). Sport und seelische Gesundheit – eine Meta-Analyse. In J. R. Nitsch & R. Seiler (Hrsg.), *Bewegung und Sport – Psychologische Grundlagen und Wirkungen*. (Gesundheitssport – Bewegungstherapie, 4, S. 57-63). Sankt Augustin: Academia Verlag.
- SCHULZE-KRÜDENER, J. (1999). It's body time! Sport als Herausforderung für die Jugendarbeit. In H.-G. Homfeldt (Hrsg.), „Sozialer Brennpunkt“ Körper. (Grundlagen der Sozialen Arbeit, 2, S. 204-215). Hohengehren: Schneider - Verlag
- SCHWENKMEZGER, P. (1994). Gesundheitssport – der Einfluss emotionaler Prozesse. In J. R. Nitsch & R. Seiler (Hrsg.), *Bewegung und Sport – Psychologische Grundlagen und Wirkungen*. (Gesundheitssport – Bewegungstherapie, 4, S. 127-132). Sankt Augustin: Academia Verlag.
- SCHWENKMEZGER, P. & SCHMIDT, L. (1994). Lehrbuch der Gesundheitspsychologie. Stuttgart: Enke Verlag.
- SELIGMAN, M. E. P. (1992). Erlernte Hilflosigkeit. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- SELYE, H. (1952). The story of the Adaptation Syndrome. Montreal: Acta, Inc.
- SELYE, H. (1953). Einführung in die Lehre vom Adaptionssyndrom. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

SEYLE, H. (1988). Stress. Bewältigung und Lebensgewinn. München: R. Piper und Co.

SIEGEL, E. (1988). Tanztherapie – ein analytisch orientiertes Verfahren in der Bewegungstherapie. In G. Höller (Hrsg.), *Bewegung und Therapie* (S. 76-86). Dortmund: Verlag modernes lernen.

TITZE, S. & MARTI, B. (2002). Aktivitätsberatung. Interventionen bei inaktiven Patientinnen und Patienten. In G. Samitz & G. B. M. Mensink (Hrsg.), *Körperliche Aktivität in Prävention und Therapie. Evidenzbasierter Leitfaden für Klinik und Praxis* (S. 87-98). München: Hans Marseille Verlag GmbH.

TOLLE, E. (2000). Jetzt! Die Kraft der Gegenwart. Ein Leitfaden zum spirituellen Erwachen. Bielefeld: J. Kamphausen Verlag & Distribution GmbH.

TRAUTMANN – VOIGT, S. & VOIGT, B. (Hrsg.). (2002). Verspieltheit als Entwicklungschance. Zur Bedeutung von Bewegung und Raum in der Psychotherapie. Gießen: Psychosozial – Verlag.

UDRIS, I., KRAFT, U., MUHEIM, M., MUSSMANN, C. & RIMANN, M. (1994). Ressourcen der Salutogenese: Gesundbleiben trotz Belastung. In J. R. Nitsch & R. Seiler (Hrsg.), *Bewegung und Sport – Psychologische Grundlagen und Wirkungen*. (Gesundheitssport – Bewegungstherapie, 4, S. 29-40). Sankt Augustin: Academia Verlag.

WYDRA, G. (1996). Gesundheitsförderung durch sportliches Handeln. Sportpädagogische Analysen einer modernen Facette des Sports. Beiträge zur Lehre und Forschung im Sport. Schorndorf: Verlag Karl Hofmann.

ZIMBARDO, P. G. (1992). Psychologie. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

Quellen aus dem Internet:

FAUST, V. (2007). Das Burnout-Syndrom und seine Folgen. *Psychosoziale Gesundheit von Angst bis Zwang. Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln*. Zugriff am 07. April 2007 unter <http://www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/Int.1-Burnout-Syndrom.pdf>.

KRAFT, U. (2005). Ausgebrannt. [elektronische Version]. *Gehirn & Geist*, 11/05, 12-19.

WEBER, C. (2008). Psychologie. Augenblick mal! [elektronische Version]. *Focus*, 20 (2008).

<http://www.humanflow.de> (Zugriff am 02. April 2007).

<http://www.humanflow.de/burnout-programm.html> (Zugriff am 23. Mai 2007).

<http://www.humanflow.de/pdfs/programme.pdf> (Zugriff am 26. August 2008).

<http://www.humanflow.de/burnout-coach-details.html> (Zugriff am 04. Oktober 2008).

<http://www.yoga-vidya.de/index.html> (Zugriff am 23.05.2007).

Anhang

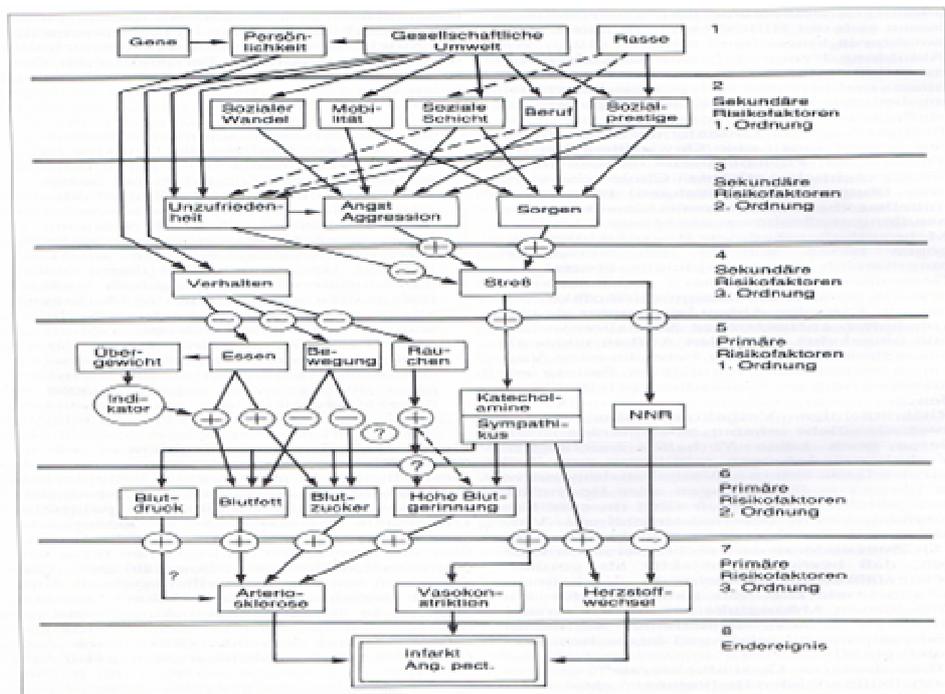
Abbildungen

Abbildung 9: Das Messinstrument für Überdross (Tedium Measure) (Pines et al., 1981, S. 236)

Bitte beantworten Sie nach der folgenden Skala, ob Sie

	1	2	3	4	5	6	7
	niemals	ein- oder zweimal	selten	manchmal	oft	meistens	immer
1. müde sind,							
2. sich niedergeschlagen fühlen,							
3. einen guten Tag haben,							
4. körperlich erschöpft sind,							
5. emotional erschöpft sind,							
6. glücklich sind,							
7. „erledigt“ sind,							
8. „ausgebrannt“ sind,							
9. unglücklich sind,							
10. sich abgearbeitet fühlen,							
11. sich gefangen fühlen,							
12. sich wertlos fühlen,							
13. überdrüssig sind,							
14. bekümmert sind,							
15. über andere verärgert oder enttäuscht sind,							
16. sich schwach und hilflos fühlen,							
17. sich hoffnungslos fühlen,							
18. sich zurückgewiesen fühlen,							
19. sich optimistisch fühlen,							
20. sich tatkräftig fühlen,							
21. Angst haben.							

Abbildung 10: Risikofaktorenmodell für die Entstehung der koronaren Herzkrankheit (Bös et al., 1992, S. 18)



Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Burnout-Modell von Cherniss (Burisch, 2006, S. 66).....	14
Abbildung 2: Die Entwicklung des Burnout - Forschungskontextes in drei Phasen (Schmid, 2003, S. 36).....	15
Abbildung 3: Zyklus (Freudenberger & North, 1992, S. 123).....	17
Abbildung 4: Das Stressmodell nach Zimbardo (Zimbardo, 1992, S. 478)	28
Abbildung 5: Darstellung des Salutogenesemodells nach Antonovsky (Bös et al., 1992, S. 23).....	55
Abbildung 6: Die Wirkungen des Sporttreibens auf Kerngrößen des Salutogenesemodells (Bös et al., 1992, S. 25).....	58
Abbildung 7: Vereinfachtes Modell der Salutogenese nach Antonovsky (Hölter, 1993, S. 22).....	60
Abbildung 8: Mögliche Auswirkungen des Sporttreibens auf Widerstandsquellen, Spannungszustände und Stressoren (Hölter, 1993, S. 23)	60
Abbildung 9: Das Messinstrument für Überdruß (Tedium Measure) (Pines et al., 1981, S. 236).....	I
Abbildung 10: Risikofaktorenmodell für die Entstehung der koronaren Herzkrankheit (Bös et al., 1992, S. 18).....	I

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Burnout-Symptomatik nach Burisch (Burisch, 2006, S. 25-26)	23
Tabelle 2: Klassifikationsschema der körperlichen Aktivität (Samitz & Baron, 2002, S. 16).....	48

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst habe und nur die ausgewiesenen Hilfsmittel verwendet habe.

Diese Arbeit wurde daher weder in gleicher noch in ähnlicher Form einer anderen Stelle eingereicht, noch von anderen Personen vorgelegt.

Wien, November 2008

Monika Haubenberger

LEBENS LAUF

Persönliche Daten:

Monika Haubenberger

Geboren am 13. 07. 1977 in Mistelbach

Österreichische Staatsbürgerin

Vater: Dr. Franz Haubenberger, praktischer Arzt

Mutter: Mag. Dr. Ingeborg Haubenberger, geb. Matzner, Pensionistin

Sieben Geschwister

Bildungsweg:

1984 bis 1992: Privatschule der Englischen Fräulein in Krems

1992 bis 1996: Oberstufenrealgymnasium in Krems

12.06.1996: Reifeprüfung mit Erfolg bestanden

1996: Studium LA PPP/ LA Mathematik

1997: Wechsel des Studiums auf LA Leibeserziehung/ LA PPP

2005: Beginn der Ausbildung zum Medizinischen Masseur incl.
Elektrotherapie (Massageschule MANUS)

08.11.2006 Kommissionelle Abschlussprüfung mit Auszeichnung bestanden

Ausbildungen im Rahmen oder während des Studiums:

Schibegleitlehrer (1998)

Snowboardbegleitlehrer (1999)

Nordic Walking Guide (2004)