

SymBalance: ein theoriebasiertes, integratives Therapiekonzept zur Behandlung von Burnout

Tobias Ballweg^a, Christian Seeher^a, Armita Tschitsaz^a, René Bridler^a, Katja Cattapan^{a,b}

^a Sanatorium Kilchberg, Kilchberg (ZH)

^b Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie, Universität Bern

Funding / potential competing interests: No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article was reported.

Authors' contribution: TB and CS: equal contribution

Summary

SymBalance: a theoretically based, integrated, therapeutic concept for the treatment of burnout

Despite recent criticism of burnout research, there is no doubt that the term “burnout” describes an increasingly common phenomenon in our society, and that a comprehensive treatment concept is needed to address this problem. A newly developed therapeutic concept meets these needs; it focuses on conceptual clarification and aims to bring together the various theories about burnout. Despite current conceptual disagreements, a minimal definition is possible. Sufficiently accurate diagnostic distinctions can be made if the genesis of the disorder is considered in addition to the symptoms. The most important of the many explanatory and therapeutic models can be integrated into one comprehensive concept, which, despite its broadness, can be readily presented and implemented in a therapeutic context. This integrated concept explains burnout as arising from an imbalance between external demands and individual resources, which takes place on three levels: objective, subjective and existential. A complementary treatment model corresponding to the “3-D model” of burnout has been developed; it is called “SymBalance”. In accordance with an individual therapy plan, a particular therapeutic focus is identified. For example, deficits in the objective dimension can be treated through training programmes in a group therapy setting and impairments in the subjective dimension by means of selected forms of cognitive behavioural therapy. To treat the existential dimension, Grawe’s theoretical approach proves to be particularly useful, and the model is further complemented by a philosophically informed evaluation of the individual’s life plans. The therapeutic interventions are supplemented by a regeneration programme that meets the needs for relief and relaxation. The treatment model will be evaluated empirically, and facilitates the development of an organisational psychological prevention program.

Key words: burnout; burnout definition; burnout diagnosis; aetiology of burnout; burnout therapy; integrated treatment concept; 3-D model; SymBalance; existential dimension

Einleitung

Obwohl der Begriff «Burnout» erst seit den Siebzigerjahren als Bezeichnung für eine psychische Störung Verwendung findet, gehört er zu den bekanntesten Begriffen des alltagspsychologischen Vokabulars – mit über 50 Millionen Belegstellen bei Google. Auch wer über die klinischen Symptome nicht informiert ist, glaubt intuitiv zu wissen, was «Burnout» meint: «Wer je ein ausgebranntes Gebäude gesehen hat, der weiss, wie verheerend so etwas aussieht» ([1], S. 161).

Dieser vermeintlich klaren Intuition steht im wissenschaftlichen Kontext ein vager Begriff mit vielfältigen Definitionsversuchen und unzureichenden Anwendungskriterien gegenüber – ein Sachverhalt, aus dem einige Autoren inzwischen die Konsequenz ziehen, «Burnout» sei «konzeptuell bodenlos» ([2], S. 239). Doch selbst diese Autoren gestehen zu, dass der Begriff unverzichtbar ist: einerseits als Bezeichnung für ein grassierendes Phänomen der postmodernen Leistungsgesellschaft («Immer mehr Menschen erleben sich in ihrer Arbeit an der Belastungsgrenze», S. 239), und andererseits zur Benennung für ein «die erlebten Beeinträchtigungen plausibel erklärendes und zudem das individuelle Selbstwertgefühl stabilisierendes Krankheitsmodell» (S. 239). Schon deshalb verdient der Begriff «Burnout» therapeutische Beachtung. Ein weiterer Grund liegt in der Tatsache, dass die mit «Burnout» bezeichneten Beeinträchtigungen besondere Behandlungsmassnahmen erforderlich machen [3]. Deren gezielte Anwendung setzt freilich voraus, dass die Störung hinreichend klar definiert und differentialdiagnostisch abgegrenzt werden kann.

Terminologische Unschärfen können jedoch offensichtliche Defizite im Bereich der Burnout-Therapie nur teilweise erklären. Ina Rösing [4] beklagt das «relativ geringe Praxis-Interesse der Burnout-Forschung» (S. 250), was sich vor allem darin äussere, «dass unvergleichlich viel mehr über das reine Vorliegen von Burnout geforscht werde – in noch einer Berufsgruppe, noch einem Land mit noch einem Korrelat usw. –, als über seine Linderung» (S. 250). Die Konsequenz davon sei, dass «im Bereich der Intervention [...], mit Ausnahme einiger entwickelter Gruppeninterventionen, die absolute Beliebigkeit» (S. 250) herrsche. In einem aktuellen Übersichtsartikel mit dem Titel «Wie wird Burn-out behandelt?», schliesst sich Andreas Hillert [3] diesem Urteil an, wobei er die Gründe für die Beliebigkeit spezifiziert: Viele Behandlungsmethoden seien empirisch nicht evaluiert, ihre Auswahl erfolge bei integrativen Therapieangeboten meist «ohne erkennbare Rationale» (S. 192) und der Mehrzahl dieser Angebote seien aufgrund ihrer inhaltlichen Ausrichtung oder ihres einseitigen Interesses an ge-

Korrespondenz:

Tobias Ballweg, M.A., Dipl.-Psych.

Sanatorium Kilchberg

Alte Landstrasse 70

CH-8802 Kilchberg

tobias.ballweg[at]sanatorium-kilchberg.ch

winnbringender Vermarktung «methodische Überlegungen [...] und naturwissenschaftliche Standards in Sinne kontrollierter Evaluationsstudien fremd» (S. 191).

Dieser insgesamt berechtigten Kritik begegnet die vorliegende konzeptuelle Arbeit zunächst mit einer an den praktischen Erfordernissen ausgerichteten begrifflichen und diagnostischen Klärung. Im zweiten Teil wird unter Bezugnahme auf zentrale Begriffe und Theorien der psychologischen Stressforschung, der Arbeits- und Organisationspsychologie sowie der Psychotherapieforschung der theoretische Rahmen aufgespannt, vor dessen Hintergrund im dritten Teil ein Ätiologiemodell entwickelt wird, das Burnout aus einem persistierenden Ungleichgewicht auf drei Dimensionen erklärt. Dies ermöglicht im vierten Teil eine theoretisch fundierte Auswahl der Interventionsmassnahmen und deren Verknüpfung zu einem schlüssigen Gesamtkonzept, das auf die Wiederherstellung des Gleichgewichts auf allen drei Dimensionen ausgerichtet ist und deshalb *SymBalance* genannt wird. Für die Entwicklung des Konzepts war neben der theoretischen Fundierung die wissenschaftliche Evaluation ein massgebliches Zielkriterium.

Definition

Es existiert keine verbindliche Definition des Burnout-Syndroms [5]. Die verschiedenen Beschreibungsvarianten benennen jedoch übereinstimmend eine Anzahl von Merkmalen, die es ermöglichen, eine Minimaldefinition zu entwickeln:

- Bei allen Definitionsversuchen ist das Phänomen der *Erschöpfung* ein zentraler Aspekt.
- Fast immer wird eine damit verbundene *Einschränkung der Leistungsfähigkeit* mit zahlreichen Einzelsymptomen (s.u.) auf mentaler und behavioraler Ebene erwähnt.
- Eine ätiologische Spezifizierung der Störung gilt als unerlässlich [5]. Sie wird übereinstimmend auf *persistierende Stressoren im Leistungskontext* zurückgeführt, für die keine hinreichenden Bewältigungsstrategien verfügbar sind.¹
- Viele Publikationen versuchen einen typischen Burnout-Verlauf in Phasenmodellen zu beschreiben, wobei die angenommene Anzahl der Phasen (zwischen 3 und 12) und deren inhaltliche Spezifizierung erheblich differieren. Grundsätzliche Übereinstimmung besteht jedoch hinsichtlich des *prozessualen Charakters* von Burnout, der auch in aktuellen Publikationen [5, 6] explizit hervorgehoben wird.

Aus den genannten Merkmalen ergibt sich folgende Minimaldefinition:

Burnout ist ein Prozess zunehmender Erschöpfung mit reduzierter geistiger und körperlicher Leistungsfähigkeit, der verursacht wird durch chronische Stressfaktoren im Leistungskontext, die in wachsendem Masse als nicht mehr bewältigbar erlebt werden.

Symptomatik

Das Symptombild ist komplex; verbindliche Kriterien für die Diagnose eines Burnout-Syndroms sind bislang nicht ver-

fügbar [5]. Im Folgenden werden die in der Literatur am häufigsten erwähnten Symptome vorgestellt und unter fünf Kategorien subsumiert. Die motivationalen und leistungsbezogenen Symptome werden zuerst genannt, da sie in der Selbstwahrnehmung der Betroffenen meist im Vordergrund stehen und differentialdiagnostisch von besonderer Bedeutung sind.

- *Motivationale Symptome*: Erschöpfung, Motivationsverlust, Antriebsblockade, verringerte Eigeninitiative bis hin zur Resignation.
- *Leistungsbezogene Symptome*: Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, reduzierte Entscheidungsfähigkeit verbunden mit Selbstzweifeln, Verringerung der Produktivität, Kreativität und Flexibilität, reduzierte Fähigkeit zu komplexen Aufgaben, vermehrte Ungenauigkeit und Desorganisiertheit.
- *Emotionale Symptome*: Affektlabilität oder Affektverflachung, Gefühl der inneren Leere, Niedergeschlagenheit, herabgesetzte Angschwelle, Nervosität, Reizbarkeit bis Zynismus, gesteigerte Aggressivität.
- *Behaviorale Symptome*: Hyper- oder Hypoaktivität, Impulsivität oder vermehrtes Zögern, gesteigertes Risikoverhalten, erhöhter Konsum suchtfördernder Substanzen, sozialer Rückzug, Vernachlässigung von Freizeitaktivitäten.
- *Somatische Symptome*: Chronische Müdigkeit und Schlafstörungen sowie Kopf- und Rückenschmerzen, Schwindel und gastrointestinale Beschwerden (Übelkeit, Darmregulationsbeschwerden, Dyspepsie) sind häufig. Darüber hinaus werden auch andere somatische Erkrankungen beschrieben, welche häufig im Zusammenhang mit Burnout stehen, z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Hyperlipidämie oder gastrointestinale Ulzera.

Diagnostik

Erforderlich ist eine aktuelle und biographische Anamnese unter besonderer Berücksichtigung des leistungsbezogenen und motivationalen Kontexts. Da Persönlichkeitsstörungen/-akzentuierungen die Vulnerabilität für ein Burnout erhöhen [7] und in der individuellen Therapieplanung in jedem Falle zu berücksichtigen sind [8], ist eine besondere diagnostische Sensibilität in diesem Bereich angebracht.

Eine rein deskriptive Erfassung der Symptome und Beschwerden, wie sie beispielsweise die ICD-10 vorsieht, mag für die nicht weiter spezifizierte Zusatzcodierung «Burnout» (ICD-10 Z73.0 «Ausgebranntsein») hinreichend sein. Wie bei anderen psychischen Krankheiten sind aber auch bei der klinischen Burnout-Diagnostik die Genese und die Aufrechterhaltung der Symptome individuell zu berücksichtigen [2]. Als ursächlich gilt eine chronische Überforderung am Arbeitsplatz bzw. allgemein im Leistungskontext, die dem Auftreten der Symptome vorausgeht.

¹ Dass Burnout auch die Konsequenz von chronischem Leistungsstress ausserhalb des beruflichen Umfelds – etwa bei der Langzeitpflege von Familienangehörigen – sein kann, wird in der Literatur zunehmend berücksichtigt [5].

Gemäss dem Positionspapier der DGPPN² [5] ist Burnout als ein Prozess aufzufassen, der zwischen einfacher Arbeitsüberforderung einerseits und manifesten Merkmalen einer Depression oder Anpassungsstörung andererseits zu lokalisieren ist. Der wesentliche Unterschied zur Arbeitsüberforderung besteht darin, dass Burnout aus einer Phase chronischer Überlastung resultiert, bei der sich auch nach mehr-tägiger Erholung keine Rückbildung der Symptome mehr einstellt. Von einer depressiven Episode oder Anpassungsstörung unterscheidet sich Burnout dadurch, dass die Kriterien für eine entsprechende F-Diagnose nicht erfüllt sein müssen – aber durchaus erfüllt sein können –, so dass jeweils Überschneidungen möglich sind. Diese Schnittmengen sind in therapeutischer Hinsicht besonders relevant, weil sie einerseits eine Symptomatik umfassen, die auch nach ICD-10-Kriterien als krankheitswertig zu beurteilen ist, und andererseits eine Behandlung erfordern, welche neben der jeweiligen Symptomatik auch die Genese und damit den burnoutspezifischen Aspekt im Blick hat.

Im Interesse einer ganzheitlich ausgerichteten Therapieplanung [9] ist ein möglichst differenziertes Verständnis des individuellen Störungsbildes erforderlich. Hierzu eignet sich ein Set von Fragebögen, das neben den Leitsymptomen der Erkrankung auch Persönlichkeitsstil, Arbeitsbelastungen, Stresserleben, Bewältigungsfertigkeiten, Emotionsregulation und Ressourcen erfasst. Die Selbstbeurteilungsinstrumente ermöglichen darüber hinaus auch eine differenzierte Evaluation der Effektivität des Therapieprogramms.

Die Burnout-Diagnostik umfasst somit folgende Komponenten:

- Eine ausführliche Anamnese unter besonderer Berücksichtigung des Leistungskontexts, um die Genese und den zeitlichen Verlauf der Beschwerden sowie deren Abhängigkeit von internen und externen Faktoren (chronischen Stressoren) möglichst genau erfassen zu können.
- Eine präzise Beschreibung der aktuellen Symptomatik und ihres jeweiligen Ausprägungsgrades, um – unter Einbeziehung der anamnestischen Befunde – Krankheitswertigkeit und Therapiebedürftigkeit beurteilen zu können.
- Bei Hinweisen auf ein therapiebedürftiges Burnout sollten darüber hinaus zentrale Aspekte der individuellen Stressverarbeitung (insbesondere Stresserleben, Bewältigungsfertigkeiten und Emotionsregulation) genauer exploriert werden, wozu sich spezielle Fragebögen (z. B. CISS [10], EMO-Check [11]) eignen.

Theoretischer Hintergrund

Ein umfassendes Behandlungskonzept, das Ätiologie und therapeutische Konsequenzen integriert, gibt es bislang nicht. Ältere Ansätze basieren im Wesentlichen auf den Ergebnissen der Stressforschung [12–14]. Auf deren Basis entwickelt Burisch [15] ein integriertes explanatorisches Modell, das Burnout durch «Autonomieeinbussen in gestörten Auseinandersetzungen des Individuums mit seiner Umwelt» erklärt. Der Verlust erlebter Autonomie bzw. Selbstwirksamkeit und eine damit verbundene Verringerung

des Selbstwertgefühls sind wesentliche Aspekte des Burnout, die auch von anderen Autoren [16] betont werden.

Weitere, häufig verwendete Modelle zur Erklärung des Burnout-Syndroms basieren auf der Annahme eines Ungleichgewichts. So gilt nach dem Konzept der *Effort-Reward Imbalance (ERI)* von Johannes Siegrist [17, 18] die Diskrepanz zwischen individueller Anstrengung (Einsatz) und externer Belohnung (Gratifikation) als Hauptursache für die Entstehung eines Burnout. Dagegen ergibt sich nach dem *Job Demand-Control Model* von Karasek [19] das gesundheitsgefährdende Ungleichgewicht primär aus der Differenz zwischen Leistungsanforderungen und verfügbarem Handlungsspielraum. Einen erweiterten Fokus, der auch die zuvor genannten Aspekte zu integrieren vermag, eröffnet das *Demands-Resources Model* [20, 21], das Burnout aus einem Mismatch zwischen externen Anforderungen und individuell verfügbaren Ressourcen erklärt, wozu auch die dem Individuum zugänglichen Ressourcen des Arbeitsumfelds gehören. Diese Auffassung lässt sich gut mit dem Ansatz von Burisch [15] verknüpfen, da das Ungleichgewicht zwischen Anforderungen und Ressourcen seinerseits als ursächlich für den von Burisch beschriebenen Autonomieverlust gelten kann.

Ein Nachteil der auf Dysbalance basierenden Modelle besteht jedoch darin, dass sie nicht in einem therapeutischen, sondern in einem arbeitspsychologischen Kontext entwickelt wurden, weshalb die objektive Dimension des Ungleichgewichts sehr stark betont wird, während die in der Stressforschung hervorgehobene Dimension der subjektiven Wahrnehmung [22] vernachlässigt und die existentielle Problematik [23] nahezu gänzlich ausgeblendet wird. Dennoch wird die grundlegende Annahme eines Ungleichgewichts aufgrund ihrer Anschlussfähigkeit den folgenden Überlegungen zugrunde gelegt, die auf ein umfassendes Konzept des Burnout zielen, das alle drei Dimensionen der Störung (objektiv, subjektiv, existentiell) zu berücksichtigen sucht und deshalb im folgenden als *3-D-Modell* bezeichnet wird.

Eine Annäherung an die existentielle Dimension ermöglicht Antonovskys [24, 25] Konzept der Salutogenese, das in der Burnout-Prävention [26, 27] Verwendung findet. Zentraler Begriff der Salutogenese ist das Kohärenzgefühl (Sense of Coherence), womit «eine globale Orientierung» bezeichnet wird, «die das Ausmass ausdrückt, in dem jemand ein durchdringendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass erstens die Anforderungen aus der inneren oder äusseren Erfahrungswelt im Verlauf des Lebens strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind und dass zweitens die Ressourcen verfügbar sind, die nötig sind, um den Anforderungen gerecht zu werden» ([24], S. 12). Ein andauerndes Ungleichgewicht zwischen Ressourcen und Anforderungen geht nach Antonovsky mit Sinnverlust und einem reduzierten Selbstvertrauen der betroffenen Person einher. Obwohl das Konzept der Salutogenese die existentielle Dimension von Burnout verständlich machen kann, ist es im therapeutischen Kontext wenig geeignet, da Antonovsky von der Annahme

2 DGPPN: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.

ausgeht, dass ein verringertes Kohärenzgefühl durch korrigierende Erfahrungen kaum zu beeinflussen sei.³

Hier erweist sich Grawes [28] Therapiemodell als geeignete Alternative. Innerhalb dieses Modells lässt sich Burnout als Folge chronisch unkontrollierbarer Inkongruenzerfahrungen in Leistungskontexten erklären. Was Antonovsky unter mangelndem Kohärenzgefühl versteht, deckt sich weitgehend mit dem, was Grawe [28] als erhöhtes Inkongruenzniveau bezeichnet. Gemeint ist damit ein «höchst komplexer Stresszustand» (S. 190), der sowohl durch subjektive als auch durch objektive Faktoren bedingt sein kann und von negativen Emotionen, dysfunktionalen Gedanken sowie maladaptivem Verhalten begleitet wird. Das Grundbedürfnis «Orientierung und Kontrolle» (analog zu Burischs Autonomiebedürfnis) sowie das Grundbedürfnis «Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz» (analog zu Antonovskys Selbstvertrauen) werden durch die andauernden Inkongruenzerfahrungen erheblich frustriert. Auch die im 3-D-Modell betonte existentielle Dimension des Burnout wird von Grawes [28] Theorie erfasst: Eine Person, deren Kontrollbedürfnis in einem zentralen Lebensbereich andauernd verletzt wird, reduziert ihre positive Zielorientierung, während gleichzeitig ihr Vermeidungssystem aktiviert wird. Infolge der Burnout-Spirale werden weitere Grundbedürfnisse (bei Grawe: Bindung, Luststreben) und die ihnen korrespondierenden individuellen Lebensziele frustriert, so dass es schliesslich zu einer «generalisierten Schutz- und Abwehrhaltung» (S. 249) mit ausgeprägter Vermeidungsdominanz kommt, die für eine voll ausgeprägte Burnout-Symptomatik kennzeichnend ist. Anders als kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze, die primär auf störungsorientierte Interventionen ausgerichtet sind, bietet die Allgemeine Therapie nach Grawe [28] die Grundlage für eine symptomüberschreitende, ganzheitliche und individuelle Behandlung, deren übergeordnete Ziele die Reduktion von Inkongruenz bzw. Inkonsistenz sowie die Steigerung von Kontrolle (bzw. Selbstwirksamkeit) und Selbstwertgefühl sind.

In einem Punkt erweist sich Grawes Therapieansatz im Kontext der Burnout-Symptomatik jedoch als ergänzungsbedürftig. Er berücksichtigt nicht hinreichend die Relevanz einer grundlegenden Reflexion des Lebensentwurfs vor dem Hintergrund der menschlichen Daseinsbedingungen (Zeit, Kontingenz, Sterblichkeit usw.). Ein Grund hierfür dürfte sein, dass Grawe das Bedürfnis nach Sinn nicht als eine eigenständige anthropologische Kategorie neben den vier von ihm anerkannten Grundbedürfnissen (s.o.) gelten lässt. Um diesen Mangel zu beheben, ist im Therapiekonzept *SymBalance*, das auf dem 3-D-Modell basiert, auch eine philosophisch ausgerichtete Auseinandersetzung mit Fragen der individuellen Daseinsbewältigung vorgeesehen.

Das 3-D-Modell des Burnout

Gemäss 3-D-Modell ist Burnout ein komplexes Störungsbild, das aus einem persistierenden Ungleichgewicht zwischen Ressourcen und Anforderungen (Demands-Resources Imbalance) in Leistungskontexten resultiert.

Dieses Ungleichgewicht ist auf drei Dimensionen (objektiv, subjektiv, existentiell) lokalisierbar, wobei sich je nach individueller Genese und konkretem Ausprägungsgrad ein anderer dimensionaler Schwerpunkt ausmachen lässt.

Objektive Dimension

Ein objektives Ungleichgewicht ist gegeben, wenn zwischen den verfügbaren Kompetenzen einer Person und den tatsächlichen Leistungsanforderungen ihres Tätigkeitsbereichs ein über die Zeit persistierendes Missverhältnis besteht. Es kann sowohl durch individuelle als auch durch organisationale oder gesellschaftliche Faktoren bedingt sein.

Typischerweise sind die externen Leistungsanforderungen deutlich höher als die individuell verfügbaren Ressourcen. Aber auch der umgekehrte Fall (eine objektive, andauernde Unterforderung) kann nach Auffassung vieler Autoren [16] eine Burnout-Symptomatik zur Folge haben. Nur in wenigen Fällen ist die objektive Überforderung, die in ein Burnout mündet, durch einen Mangel an fachspezifischen Kenntnissen bedingt, die eine Nachschulung erforderlich machen oder gar einen Wechsel des Tätigkeitsbereichs nahelegen. Sehr viel häufiger handelt es sich um fachlich invariante Defizite (mangelnde Stressresistenz, ineffizientes Zeit- und Ressourcenmanagement, fehlende Führungskompetenz, eine zu geringe Abgrenzung in sozialen Kontexten verbunden mit einer zu hohen emotionalen Involviertheit, Persönlichkeitsakzentuierungen usw.). Die negativen Auswirkungen dieser Defizite werden forciert, wenn in einer Organisation zu hohe Leistungsanforderungen gestellt werden oder die Zuständigkeiten unklar und die Leistungserwartungen auf ein nicht näher spezifiziertes Optimum («voller Einsatz», «reibungsloser Ablauf» «Identifikation mit dem Unternehmen / dem Tätigkeitsbereich») ausgerichtet sind. Auch kollektive Überzeugungen und gesellschaftliche Wertvorstellungen (bezüglich Leistung, Fortschritt, Mobilität, Individualität oder beruflicher Kreativität) tragen zu Überforderungssituationen bei, und zwar vor allem dann, wenn sie als implizite Normen fungieren, deren Einfluss sich Personen nicht bewusst machen und deren Relevanz für das eigene Leistungsverhalten sie folglich auch nicht kritisch zu reflektieren vermögen [31, 32].

Subjektive Dimension

Auch wenn eine Person aufgrund ihrer Kompetenzen den Anforderungen einer Tätigkeit grundsätzlich gewachsen ist oder allenfalls ein geringes Ungleichgewicht auf der objektiven Dimension auszumachen ist, kann sie dennoch ihre Tätigkeit als eine permanente Überforderung erleben, die schliesslich in ein Burnout mündet. Hierfür kommen zwei mögliche Arten von Ursachen in Betracht: Die betreffende Person überschätzt die tatsächlichen Anforderungen oder sie unterschätzt ihre Ressourcen (bzw. die tatsächlich vor-

³ Allerdings wird diese Annahme durch empirische Studien erheblich in Zweifel gezogen, die belegen, dass sich eine Erhöhung der sozialen Unterstützung sowie des Kontrollspielraums am Arbeitsplatz positiv auf die Ausprägung des Kohärenzgefühls auswirken [29; 30].

handenen Ressourcen sind subjektiv nicht hinreichend zugänglich).

Eine Überschätzung der objektiven Anforderungen kann aus übertriebenem Idealismus (oder Perfektionismus) resultieren, der nach Auffassung vieler Autoren geradezu kennzeichnend für die Entstehungsphase eines Burnout ist. Sie kann aber auch das Ergebnis unangemessener Belohnungserwartungen («Zuneigung für Leistung») sein, verbunden mit einer ausgeprägten Orientierung an fremden Bedürfnissen und einer Neigung zu antizipativer Wunscherfüllung, wie es für das sogenannte Helfersyndrom charakteristisch ist, das vor allem in sozialen Berufen als Entstehungsbedingung für ein Burnout gilt [15]. Eine andere Art von Ursache besteht in der notorischen Unterschätzung der eigenen Kompetenzen, deren Wurzeln oft bis in die Kindheit zurückzuverfolgen sind. Exemplarisch zu nennen sind hier: ein unangemessenes Konzept der eigenen Begabung, das mit einem typischen Attributionsstil einhergeht, der Erfolge tendenziell external und Misserfolge internal verortet [33], sowie ein Mangel an intrinsischer Motivation verbunden mit einer starken Orientierung an externen Verstärkern [16]. Als besonders problematisch erweisen sich diese subjektiven Komponenten, wenn sie sich im Sinne einer «Kollusion» [34] zu den Defiziten der Organisation komplementär verhalten, etwa wenn eine verhaltensunsichere Person mit ausgeprägten Selbstzweifeln in einem Unternehmen arbeitet, dessen Feedback-Kultur unzureichend oder einseitig kritikorientiert ist, so dass positive Rückmeldungen oder Gratifikationen entweder gänzlich ausbleiben oder nicht an der erbrachten individuellen Leistung bemessen werden.

Existentielle Dimension

Weder durch die subjektive noch durch die objektive Dimension ist Burnout hinreichend charakterisiert. Entscheidend ist darüber hinaus, ob und in welchem Ausmass das Ungleichgewicht zwischen Anforderungen und Ressourcen als massgeblich für die eigene Identität erachtet wird. Es ist typisch für ein ausgeprägtes Burnout-Syndrom, dass das Gefühl der Insuffizienz als Folge des Ungleichgewichts zunehmend als zentraler Aspekt der eigenen Person erlebt wird, wodurch Selbstwirksamkeit und Selbstwertgefühl massiv gefährdet sind. Andere wichtige Aspekte der Identität (soziale Kontakte, körperliches Befinden, Freizeitaktivitäten) treten dagegen in den Hintergrund oder werden sogar als zusätzliche Belastungen wahrgenommen, die das Insuffizienzgefühl weiter verstärken. Teilursächlich hierfür ist eine Entwicklung, die als Burnout-Spirale bezeichnet wird: Aufgrund einer Überforderungssituation investiert die betroffene Person zunehmend mehr Zeit und Energie in ihren Aufgabenbereich. Hält die Überforderung an, werden andere Lebensbereiche vernachlässigt, wichtige Bedürfnisse und Ziele immer weniger befriedigt, wodurch sie ihre Kompensationsfunktion einbüßen. Der gesamte Lebensentwurf wird nahezu gänzlich auf die Leistungsanforderungen eingeengt, die aber mangels hinreichender Erholung noch weniger zu bewältigen sind, so dass die Überforderung weiter zunimmt und in einen ausgeprägten Erschöpfungszustand mündet. Forciert wird diese Entwicklung, wenn die

betreffende Person innerhalb und ausserhalb ihres beruflichen Umfeldes wenig persönliche Wertschätzung erfährt, die durch ihre exklusiv leistungsbezogenen Denk- und Verhaltensmuster noch zusätzlich verringert wird (et vice versa).

SymBalance: Ein integratives Therapiekonzept

Ein integratives Therapiekonzept muss auf die Gesamtsymptomatik ausgerichtet sein und ihre jeweilige individuelle Ausprägung berücksichtigen. Massgeblich ist dabei eine möglichst präzise Diagnose der jeweiligen Störung auf Basis des 3-D-Modells. Eine ursachensensitive, mehrdimensionale Beschreibung des Syndroms ermöglicht eine integrative Therapieplanung [9] mit folgenden Elementen:

1. eine differenzierte Klärung des individuellen Störungsbildes;
2. ein umfassendes Verständnis seitens der Betroffenen («Krankheitsmodell») und eine Steigerung ihrer Eigenmotivation im therapeutischen Prozess;
3. eine individualisierte, «massgeschneiderte» Therapieplanung;
4. eine störungsspezifische Auswahl und Koordination der Interventionsmassnahmen;
5. konkrete Zielvereinbarungen und eine Überprüfung der Zielerreichung im Verlauf sowie am Ende der Therapie.

Da aufgrund des erlebten Ungleichgewichts zwischen individuellen Ressourcen und externen Anforderungen die Grundbedürfnisse Selbstwirksamkeit und Selbstwertgefühl massiv frustriert werden, besteht das übergeordnete Therapieziel in einer angemessenen Befriedigung der genannten Bedürfnisse durch (Wieder-)Herstellung einer Homöostase auf allen drei Dimensionen (objektiv, subjektiv, existentiell), was je nach Dimension unterschiedliche Teilziele und therapeutische Massnahmen impliziert (Abb. 1).

Objektive Dimension

Auf der objektiven Ebene ist die Angleichung der individuellen Ressourcen an die tatsächlichen Leistungsanforderungen das zentrale Therapieziel. Zur Reaktivierung der Ressourcen wird ein Regenerationsprogramm geboten mit Physio-, Kunst- und Musiktherapie, sportlichen Aktivitäten, Entspannungs- und Meditationsverfahren sowie einem ausgewogenen Ernährungsplan inklusive Ernährungsberatung.

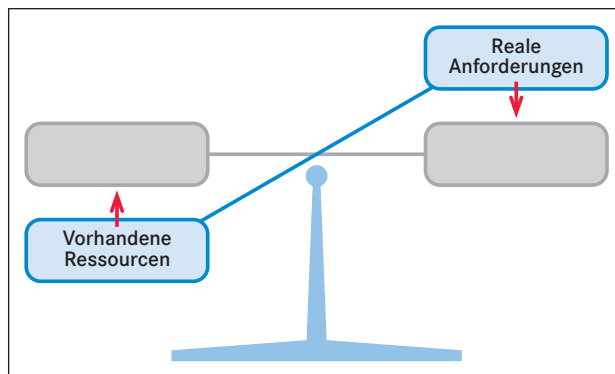
Die medizinische Behandlung somatischer und psychosomatischer Beeinträchtigungen ist im Sinne des 3-D-Modells ebenfalls als eine Intervention auf der objektiven Ebene aufzufassen, deren Ziel die Reduktion physiologisch bedingter Ressourcendefizite ist. Eine Behandlung mit Antidepressiva ist bei entsprechend ausgeprägter Symptomatik ratsam, das es Hinweise dafür gibt, dass sie die Entwicklung hippocampaler Neurone nach stressbedingter Atrophie fördern und damit eine verbesserte Stressadaptationsfähigkeit ermöglichen [35].

Ergänzt wird das Regenerationsangebot durch ein störungsspezifisch ausgerichtetes Kompetenztrainingsprogramm, wobei ein gruppentherapeutisches Setting bevorzugt wird, weil neben dem Erfahrungsaustausch ein wechselseitiges Lernen am Modell die grössten therapeu-

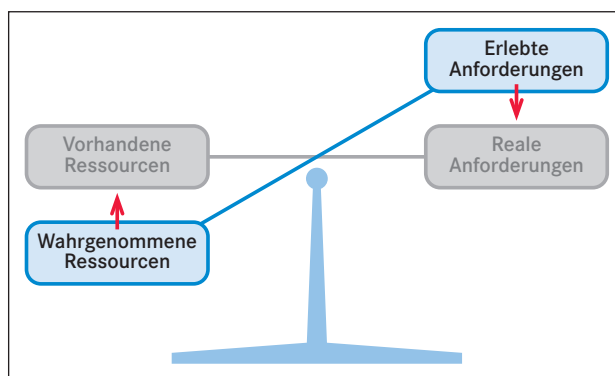
Abbildung 1

Das Therapiekonzept SymBalance zielt auf eine (Wieder-)Herstellung des Gleichgewichts auf drei Dimensionen: objektiv, subjektiv und existentiell. Auf der objektiven Dimension steht die Aktivierung und Förderung vorhandener Ressourcen sowie eine Anpassung des realen Anforderungsprofils im Vordergrund, auf der subjektiven Dimension die realistische Einschätzung von Leistungserwartungen und eigenen Kompetenzen. Bei der Behandlung auf der existentiellen Dimension geht es um die Förderung des Selbstvertrauens und die Reintegration nicht leistungsbezogener Lebensbereiche in die eigene Identität.

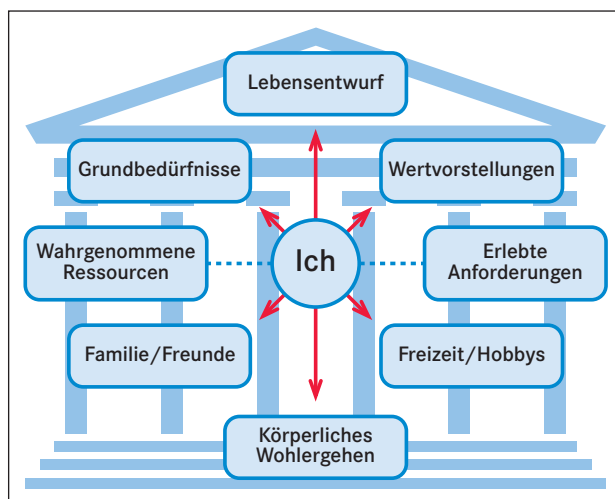
1. Objektive Dimension



2. Subjektive Dimension



3. Existentielle Dimension



tischen Erfolge verspricht. Das Programm orientiert sich am Manual «Stressbewältigung am Arbeitsplatz» (SBA) von Hillert, Koch und Hedlund [36], das in insgesamt acht Sitzungen vier grosse Themenbereiche umfasst: Arbeit und Gesundheit, Umgang mit Kollegen und Vorgesetzten, Arbeitsbewältigung und berufliche Perspektiven. Das Manual wurde positiv evaluiert [37]; bei den arbeitsbezogenen Bewältigungsmustern liessen sich auch nach einem Jahr

noch signifikante Verbesserungen nachweisen. Zusätzlich wird für Patienten, die vor allem in den Bereichen Interaktion und Kommunikation dysfunktionale Verhaltensweisen aufweisen, ein Training sozialer Kompetenzen im Gruppensetting (TSK) [38] angeboten.

Im einzeltherapeutischen Setting stehen neben der Ressourcenaktivierung die Aneignung und Umsetzung individueller Stressbewältigungsstrategien im Vordergrund, die gegebenenfalls durch ein Job-Coaching nach Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit zusätzlich gefördert werden können. Darüber hinaus ist auch die grundsätzliche Passung zwischen vorhandenen Fähigkeiten und objektiven Anforderungen zu berücksichtigen, aus der sich je nach individueller Situation und institutionellen Rahmenbedingungen eine Modifikation des Tätigkeitsprofils, eine Reduktion des Arbeitspensums oder auch eine grundlegende berufliche Veränderung ergeben kann.

Da neben individuellen Defiziten auch zu hohe Leistungsanforderungen seitens des Unternehmens ursächlich für die Entstehung eines Burnout sein können, sollte vor dem Wiedereintritt ins Berufsleben ein Gespräch mit dem Arbeitgeber erfolgen, in dem bei Bedarf und hinreichender Akzeptanz auch strukturell bedingte Überforderungssituationen thematisiert und Lösungsmöglichkeiten entwickelt werden, die für das jeweilige Unternehmen im Interesse einer künftigen Burnout-Prävention attraktiv sind.

Subjektive Dimension

Da auf der subjektiven Dimension inadäquate Einstellungen, unrealistische Erwartungen und dysfunktionale Denk- und Attributionsmuster als Bedingungsfaktoren für die Entstehung eines Burnout auszumachen sind, besteht die therapeutische Aufgabe im wesentlichen darin, eine Korrektur der genannten Schemata zu bewirken, wozu sich die Interventionstechniken der Kognitiven Verhaltenstherapie [39, 40] eignen. Häufig treten bei fortgeschrittenem Burnout emotionale Reaktionen auf (etwa eine leistungsbezogene oder generalisierte Ängstlichkeit), welche die Performance erheblich beeinträchtigen, indem sie die Ausführung grundsätzlich vorhandener Kompetenzen blockieren. Emotionsfokussierte Verfahren wie das Training emotionaler Kompetenz (TEK) [41] zielen auf eine Stärkung der Resilienz in belastenden Situationen durch die Förderung der Wahrnehmung und Akzeptanz von Gefühlen, sowie vermehrte Selbstunterstützung und eine verbesserte Emotionsregulation.

Da für eine realistische Einschätzung der eigenen Kompetenzen ein regelmässiges und angemessenes Feedback am Arbeitsplatz von grosser Relevanz ist, sollte bei erkennbaren Defiziten auch der Bereich Feedback-Kultur im vorgesehenen Gespräch mit dem Arbeitgeber bzw. direkten Vorgesetzten thematisiert werden.

Existentielle Dimension

Es ist kennzeichnend für die existentielle Dimension des Burnout-Syndroms, dass das Gefühl der Insuffizienz zunehmend als zentraler Aspekt der eigenen Identität erlebt wird, während nicht leistungsbezogene Aspekte entweder aus-

geblendet oder ebenfalls aus der Perspektive des Leistungsimperativs betrachtet werden, wodurch die wahrgenommenen Anforderungen weiter steigen und sich das Insuffizienzgefühl zusätzlich verstärkt. Die therapeutischen Interventionen sind deshalb darauf ausgerichtet, den Stellenwert der Leistungsorientierung auf ein für den Patienten befriedigendes Mass zu begrenzen und die ausgeblendeten Facetten der Identität in das Selbstkonzept zu reintegrieren. Hierbei erweist sich eine burnoutspezifische Konkretisierung des allgemeinen Psychotherapiekonzepts von Grawe [28] als Methode der Wahl.

Das Konzept versteht sich als eine theoretische Weiterentwicklung des kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatzes und schliesst deshalb nahtlos an die Interventionen auf der subjektiven Dimension an. Seine therapeutische Relevanz im Kontext der Burnout-Behandlung wird durch positive Evaluationsergebnisse belegt [42]. Grawes Therapiekonzept zielt auf eine angemessene Befriedigung der vier Grundbedürfnisse «Bindung», «Lust», «Kontrolle» und «Selbstwerterhaltung» sowie auf eine Verwirklichung der entsprechenden positiven Ziele und eine Reduktion der Vermeidungsziele in den zentralen Lebensbereichen. Darüber hinaus ist die Aufdeckung und Bearbeitung sogenannter «Konfliktschemata» [28], die sich durch eine gleichzeitige Aktivierung von Annäherungs- und Vermeidungstendenzen auszeichnen und eine Realisierung wichtiger Bedürfnisse blockieren, von zentraler Relevanz.

Da bei Burnout-Patienten Ziele ausserhalb des Leistungskontexts häufig unterrepräsentiert werden, weil Gefühle und körperliche Empfindungen, die diese Ziele grundieren, störungsbedingt kaum zugänglich sind, werden achtsamkeitsbasierte Verfahren (MBSR) im gruppentherapeutischen Setting als Ergänzung zu Grawes Therapieansatz angewendet. Die Wirksamkeit dieser Verfahren auf Stressbewältigung und Emotionsregulation wurde in unterschiedlichen Designs analysiert. Übersichten liefern Davies [43], Chambers [44] und Grossmann [45] sowie Wolever [46] für Stress am Arbeitsplatz. Personen, die unkontrollierbaren Stresssituationen ausgesetzt sind, neigen zu abwertenden Selbstverbalisierungen wie «Ich bin ein Versager», wodurch ihre stressbedingt negativen Affekte zusätzlich verstärkt werden. Achtsamkeit fördert neben einer gezielten Aufmerksamkeitsfokussierung die Nicht-Identifikation mit eigenen Gedanken und Emotionen, wodurch die Stressresilienz signifikant verbessert wird [44, 47].

Neben der Distanznahme zu negativen Gedanken und Emotionen und einer Reintegration nicht leistungsbezogener Lebensbereiche in das eigene Selbstkonzept ist auf der existentiellen Ebene eine grundlegende Reflexion der eigenen Ziele und Wertvorstellungen erforderlich. Die Thematisierung der Frage «Was ist für mich ein gelingendes Leben?» kann entscheidende Anstösse für eine Neuorientierung des Lebensplans geben. In einem speziell zusammengestellten Reader sind philosophische Texte von der Antike bis zur Gegenwart versammelt, deren individuelle Lektüre die Grundlage einer gemeinsamen Reflexion im Gruppensetting bildet. Bei den ausgewählten Texten steht der Aspekt der Kultivierung eines unterstützenden und fürsorglichen Selbstverhältnisses [48] im Mittelpunkt.

Ausblick und Einschränkung

Das Konzept *SymBalance* bietet nicht nur die Grundlage für therapeutische Interventionen im Kontext der Burnoutbehandlung, sondern stellt auch einen geeigneten Rahmen zur Verfügung für die Entwicklung eines integrativen Präventionsprogramms. Gemäss einem aktuellen Überblick liegen derzeit 25 Wirksamkeitsstudien für unterschiedliche Präventionsprogramme nach empirisch gesicherten Kriterien vor, wobei Massnahmen, die sowohl organisationale als auch individuelle Aspekte fokussieren, sich als die wirksamsten erweisen [49]. *SymBalance* ermöglicht die Integration dieser wissenschaftlich fundierten Präventionsstrategien in ein umfassendes Modell, das die komplexen Wechselwirkungen zwischen Individuum und Umwelt auf einer objektiven, subjektiven und existentiellen Dimension zu erfassen vermag.

Die Wirksamkeit des Therapiekonzepts *SymBalance* ist bisher noch nicht wissenschaftlich evaluiert. Eine entsprechende Studie ist in Vorbereitung.

Zusammenfassung

Trotz konzeptueller Unklarheiten und theoretischer Differenzen, die beim gegenwärtigen Stand der Burnout-Forschung deutlich hervortreten, ist es möglich, eine konsensfähige Definition von Burnout zu entwickeln, die im praktischen Kontext hinreichend ist. Dabei ist die Genese der Störung zwingend zu berücksichtigen. Zu deren Erklärung bieten Modelle, die von einem Ungleichgewicht zwischen Leistungsanforderungen und individuellen Ressourcen ausgehen, plausible Ansätze, bedürfen aber einer Erweiterung und Spezifizierung, um die drei verschiedenen Dimensionen von Burnout angemessen zu erfassen. Auf diesem dreidimensionalen Modell basiert das Therapiekonzept *SymBalance*, das vorhandene Behandlungsansätze störungsspezifisch konkretisiert und zu einem integrierten Gesamtkonzept verbindet, dessen Wirksamkeit empirisch evaluierbar ist. *SymBalance* stellt keine Alternative zur individuellen Therapieplanung dar, sondern bietet den konzeptuellen Rahmen für eine differenzierte Klärung des jeweiligen Störungsbildes, wodurch eine Therapieplanung ermöglicht wird, die sowohl theoriebasiert als auch individuell ausgerichtet ist.

Die Autoren danken Herrn Roderick Brenninkmeijer und Frau Sarah Krauer für ihre Unterstützung bei der Vorbereitung der Publikation.

Literatur

- 1 Freudenberger HJ. Staff burn-out. J Soc Issues. 1974;30:159–65.
- 2 Hillert A, Marwitz M. Burnout: Eine kritische Analyse mit therapeutischen Implikationen. Ärztliche Psychotherapie. 2008;4:235–41.
- 3 Hillert A. Wie wird Burn-out behandelt? Zwischen Wellness, berufsbezogener Stressprävention, Psychotherapie und Gesellschaftskritik. Bundesgesundheitsblatt. 2012;55:190–6.
- 4 Rösing I. Ist die Burnout-Forschung ausgebrannt? Analyse und Kritik der internationalen Burnoutforschung. Heidelberg: Asanger; 2003.
- 5 Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) [Internet]. Berlin: Positionspapier zum Thema Burnout; 07.03.2012. Erhältlich auf: <http://www.dgppn.de/aktuelles/startseite-detailansicht/article/100/burnout-de.html>

- 6 Brühlmann T. Praxis der Burnout-Diagnostik und -Therapie. Schweizerisches Medizin-Forum. 2012;49:955–60.
- 7 Berberich G, Zaudig M, Hagel E, Konermann J, Piesbergen C, Hauke W, et al. Klinische Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen und akzentuierten Persönlichkeitszügen bei stationären Burnout-Patienten. Persönlichkeitsstörungen. 2012;16:85–95.
- 8 Sachse R. Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für die Psychologische Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe; 2004.
- 9 Tschitsaz A, Stucki C. Wirkfaktorengestützte Fallkonzeption und Therapieplanung in der praktischen Anwendung – Eine Kurzform. Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis. In press.
- 10 Kälén W. Deutsche 24-Item Kurzform des 'Coping Inventory for Stressful Situations' (CISS) von N. S. Endler & J. D. A. Parker. Bern: Universität, Institut für Psychologie; 1995.
- 11 Berking M, Znoj H. Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur standardisierten Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen (SEK-27). Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie. 2008;56:141–52.
- 12 Folkman S. Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. J Pers Soc Psychol. 1984;46:839–52.
- 13 Lazarus RS. Cognitive and coping processes in emotion. In: Weiner B, editor. Cognitive views of human emotion. New York: Academic Press; 1977. p. 21–32.
- 14 Selye H. Stress. Reinbek: Rowohlt; 1977. (Original 1974).
- 15 Burisch M. Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung. 4. aktualisierte Auflage, Berlin: Springer; 2010.
- 16 Jaggi F. Burnout – praxisnah. Stuttgart: Thieme; 2008.
- 17 Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. J Occup Health Psychol. 1996;1:27–41.
- 18 Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, et al. The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. Soc Sci Med. 2004;58:1483–99.
- 19 Karasek RA. Job demands, job control and mental strain: Implications for job redesign. Adm Sci Q. 1979;24:285–308.
- 20 Bakker A. The job demands-resources model, state of the art. Journal of Managerial Psychology. 2007;23:309–28.
- 21 Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. The job demands-resources model of burnout. J Appl Psychol. 2001;86:499–512.
- 22 Lazarus RS, Launier R. Stressbezogene Transaktion zwischen Person und Umwelt. In Nitsch JR, Herausgeber. Stress. Bern: Huber; 1981. p. 213–59.
- 23 Pines AM. Burnout: An existential perspective. In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T, editors. Professional burnout: Recent developments in theory and research. Washington: Taylor & Francis; 1993. p. 33–51.
- 24 Antonovsky A. Gesundheitsförderung versus Krankheitsforschung. In: Franke A, Broda M, Herausgeber. Psychosomatische Gesundheit, Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept. Tübingen: DGVT; 1993. p. 3–14.
- 25 Antonovsky A. Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Ausgabe. Tübingen: DGVT; 1997.
- 26 Kernen H. Burnout-Prophylaxe im Management. Erfolgreiches individuelles und institutionelles Ressourcenmanagement. 3. Auflage. Bern/Stuttgart/Wien: Haupt; 1999.
- 27 Kernen H, Meier G. Achtung Burnout! Leistungsfähig und gesund durch Ressourcenmanagement. Bern/Stuttgart/Wien: Haupt; 2008.
- 28 Grawe K. Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe; 2004.
- 29 Bengel J, Strittmatter R, Willmann H. Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 6. 5. Auflage. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; 1998.
- 30 Udris I, Rimann M. Das Kohärenzgefühl: Gesundheitsressource oder Gesundheit selbst? Strukturelle und funktionale Aspekte und ein Validierungsversuch. In: Wyder H, Kolip P, Abel T, Herausgeber. Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines Gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. Weinheim: Junfermann; 2000. p. 129–47.
- 31 Ehrenberg A. Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Frankfurt a. M.: Suhrkamp; 2008.
- 32 Han BC. Müdigkeitsgesellschaft. Berlin: Matthes & Seitz; 2010.
- 33 Meyer WU. Das Konzept von der eigenen Begabung. Bern: Huber; 1984.
- 34 Willi J. Die Zweierbeziehung. Spannungsursachen, Störungsmuster, Klärungsprozesse, Lösungsmodelle. Reinbek: Rowohlt; 1999.
- 35 Eriksson PS, Wallin L. Functional Consequences of stress-related suppression of adult hippocampal neurogenesis – a novel hypothesis on the neurobiology of burnout. Acta Neurol Scand. 2004;110:275–80.
- 36 Hillert A, Koch S, Hedlund S. Stressbewältigung am Arbeitsplatz. Ein stationäres berufsbezogenes Gruppenprogramm. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2007.
- 37 Koch S, Hedlund S, Rosenthal S, Hillert A. Stressbewältigung am Arbeitsplatz: Ein stationäres Gruppentherapieprogramm. Verhaltenstherapie. 2006;16: 7–15.
- 38 Hinsch R, Pflingsten U. Das Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). Grundlagen, Durchführung, Materialien. 5. Auflage. Weinheim: PVU; 2007.
- 39 Beck AT. Kognitive Therapie der Depression. 3. Auflage, Weinheim: Beltz; 2004.
- 40 Wilken B. Methoden der kognitiven Umstrukturierung. Ein Leitfaden für die psychotherapeutische Praxis. 5. überarbeitete Auflage. Stuttgart: Kohlhammer; 2010.
- 41 Berking M. Training emotionaler Kompetenzen. 2. Auflage. Berlin: Springer; 2010.
- 42 Elkuch F, Habberthür A, Hochstrasser B, Grosse M, Soyka M. Langzeiteffekte einer stationären Burnouttherapie – eine Nachbefragung. Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin. 2010;31:4–18.
- 43 Davies DM, Hayes JA. What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. Psychotherapy. 2011;48:198–208.
- 44 Chambers R, Lo BCY, Allen NB. The impact of intensive mindfulness training on attentional control, cognitive style, and affect. Cognit Ther Res. 2008;32:303–22.
- 45 Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. J Psychosom Res. 2004;57: 35–43.
- 46 Wolever RQ, Bobinet KJ, McCabe K, MacKenzie ER, Fekete E, Kusnick CA, et al. Effective and viable mind-body stress reduction in the workplace: A randomized controlled trial. J Occup Health Psychol. 2012;17:246–58.
- 47 Michalak J, Heidenreich T, Williams JM. Achtsamkeit. Göttingen: Hogrefe; 2012.
- 48 Schmid W. Mit sich selbst befreundet sein. Von der Lebenskunst im Umgang mit sich selbst, Frankfurt a. M.: Suhrkamp; 2007.
- 49 Wendy A, Plaumann M, Walter U. Burnout prevention: A review of intervention programs. Patient Educ Couns. 2010;78:184–90.