

Jörg Fengler

HELFEN MACHT MÜDE:

Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation

Ich will im folgenden einen Überblick über die Konzepte „Burnout“ und „Berufliche Deformation“ geben, deren besondere Bedeutung für die Helferberufe insgesamt und so auch für Helferinnen und Helfer in den Bereichen Erziehung und Sondererziehung, Rehabilitation und Erwachsenenbildung, Freizeitpädagogik und Familienhilfe in den letzten Jahren immer deutlicher erkannt wird.

1. Belastung

Pädagogen und andere Helferinnen und Helfer im Bereich von Sondererziehung und Rehabilitation sind zahlreichen Belastungen ausgesetzt. Sie orientieren sich in ihrem Handeln oft an einem hohen Ideal, gemessen an dem die eigene Praxis unzulänglich und dürftig erscheint. Sie erfahren bei jeder Fortbildung, daß wieder neue und für ihre Zielgruppen besonders aussichtsreiche Handlungskonzepte entwickelt worden sind. Sie selbst beherrschen diese - natürlich - noch nicht, wohl aber einige Kollegen, die sie nun zum Grundstock des unentbehrlichen Wissens erklären.

Erzieher und Pädagogen werden manchmal gerade wegen dieser Helferqualitäten - Einfühlung, Geduld, konstruktive Kommunikation, Selbstbeherrschung - als besonders attraktiv empfunden. Aber was da zu Beginn einer Partnerschaft in Aussicht gestellt wird, kann ja keiner von ihnen ein Leben lang durchhalten. Die Folgen sind Selbstüberforderung und dennoch Enttäuschung beim Partner. Dabei besteht ein erheblicher öffentlicher Erwartungsdruck. Die Ehe eines psychosozialen Helfers sollte glücklich sein - wie will er sonst anderen bei der Klärung ihrer Probleme behilflich sein?

Schwierige, symbiotische, aber auch passiv aggressive und demonstrativ leidend bescheidene, durch die Art ihrer Behinderung besonders beeindruckende, unattraktive, uneinsichtige und unerreichbare Kinder und Erwachsene machen ihnen das Leben schwer.

Ein Kollegium oder ein Reha-Team kann zu klein sein oder zu groß, es kann einseitig zusammengesetzt sein oder Menschen zur Zusammenarbeit zwingen, die nicht zusammenpassen. Manchmal fehlt es an gegenseitigem Respekt und wechselseitiger Unterstützung, oder Behinderte und ihre Angehörigen spielen einzelne Kollegen gegeneinander aus. Man verweigert sich die Rückmeldung, Leistungen werden nicht gewürdigt, bestimmte Unterrichtsformen nicht gebilligt oder lächerlich gemacht. Ein Team mag erfolglos sein oder kommt seinem Auftrag nicht nach, genießt einen schlechten Ruf oder leidet unter inkompetentem und autoritärem Gehabe von Vorgesetzten.

2. Burnout

Definition und Erscheinungsbild

Unter Burnout versteht man den "... Zustand physischer oder seelischer Erschöpfung, der als Auswirkung langanhaltender negativer Gefühle entsteht, die sich in Arbeit und Selbstbild des Menschen entwickeln" (Emener et al., 1982, Übersetzung des Autors). Das Burnout, Ausbrennen (Aronson, 1983), manchmal auch Erschöpfungssyndrom genannt (Freudenberger, 1980), ist in den letzten Jahren unter Helferinnen und Helfern ein geläufiger Terminus geworden. Es wird als schleichend beginnender oder abrupt einsetzender Erschöpfungszustand körperlicher, geistiger oder gefühlsmäßiger Art in Beruf, Freizeit, Freundeskreis,

Partnerschaft und Familie beschrieben, oft verbunden mit Aversion, Ekel und Fluchtgedanken. Im Vorfeld ist dabei langandauernde Überforderung ohne angemessenes Korrektiv charakteristisch.

Etappen der Burnout-Entwicklung

Es ist immer wieder versucht worden, Etappen der Burnout-Entwicklung zu beschreiben. Dabei ist die Entscheidung über die Zahl der unterscheidbaren Stufen relativ willkürlich. Für mich selbst haben sich zehn Stufen als aussagekräftig erwiesen:

1. Idealismus und Enthusiasmus
2. Überforderung
3. geringer werdende Freundlichkeit
4. Schuldgefühle darüber
5. vermehrte Anstrengungen
6. Erfolglosigkeit
7. Hilflosigkeit
8. Hoffnungslosigkeit ("Ein Faß ohne Boden")
9. Erschöpfung, Abneigung gegenüber Klienten, Apathie
10. Burnout: Selbstbeschuldigung, Flucht, Zynismus, Sarkasmus, psychosomatische Reaktionen, Fehlzeiten, große Geldausgaben, Unfälle, Dienst nach Vorschrift, Selbstmord, hastige Liebschaften ohne Liebe, Scheidung, plötzliche raptusartige Kündigungen usw. (Fengler, 1993).

3. Burnout in Rehabilitationsarbeit und Sonderförderung

Daß Erziehen, Unterrichten und Rehabilitation Schwerarbeit sind, dürfte den meisten Menschen klar sein, trotz des gelegentlich aufbrechenden Neides z.B. gegen „Die“ Lehrer, die ja bekanntlich nachmittags immer frei haben und dann reiten gehen, Tennis spielen oder mit Nachhilfestunden ihr Gehalt verdoppeln. Es ist hier nicht möglich, auf alle Belastungen einzugehen, denen sie gegenüberstehen. Jedoch sind einige davon besonders charakteristisch und unausweichlich. Lehrer selbst äußern sich z.B. folgendermaßen:

- "Ich leide an Erschöpfungszuständen, Migräne und zuweilen an Desinteresse" (42jähriger Sonderschullehrer).
- „Ich bin unlustig und ausgelaugt, habe keine Kraft mehr und neige vermehrt zu autoritären Verhaltensweisen. Meine Aggressivität nimmt zu, ich habe kein Verständnis und kein Einfühlungsvermögen mehr" (24jähriger Erzieher).
- "Ich mag und kann nicht genau zuhören. Ich bin konfliktscheu und harmoniebedürftig. Ich schaue bewußt weg. Mich interessiert meine Arbeit nicht" (36jährige Lehrerin und Beraterin).

Rehabilitations- und Pflegekräfte sind ähnlichen Belastungen ausgesetzt. Manche Belastung ergibt sich aus widerstreitenden Forderungen, die die Helfer selbst an sich richten und die an sie gerichtet werden: Sie wollen den Behinderten einfühlsam begegnen und müssen sie beurteilen; sie wollen sie fördern, haben aber Selektionsaufgaben wahrzunehmen; sie streben eine Differenzierung und Individualisierung der Förderung an, aber die Gruppengröße zwingt zur Uniformierung der Fördermaßnahmen; sie wollen am Entwicklungsgang der Behinderten Anteil nehmen, aber Abgrenzung und Distanzierung werden ihnen abverlangt. Helferinnen und Helfer in der Rehabilitation sehen, daß sie zwischen den Interessen von Behinderten, Angehörigen, Kollegen, Träger, Behörden, Berufsverbänden, Bestimmungen, anderen Helfern usw. vermittelnd tätig werden müßten, und erkennen, daß sie zwischen den Fronten aufgerieben werden. Tab. 1 zeigt, zu welchen Rollenspannungen es dabei kommen kann.

Tab. 1: Übersicht über die verschiedenen Erwartungen und Lehrerrollen (aus Barth, 1992)

Erwartungen

Lehrerrollen

1. Erwartungsträger Schüler:

◆ Wissensvermittlung	Fachmann, Wissender
◆ Beratung, Hilfe	Berater, Helfer
◆ Versorgung	Mutterrolle
◆ Führung	Vaterrolle
◆ Orientierung	Vorbild
◆ Freundschaft	Freund, Kumpel
◆ Sexualität	Geschlechtsrolle

2. Erwartungsträger Eltern:

◆ Wissensvermittlung	Fachmann
◆ Zusammenarbeit	Bündnispartner
◆ Beratung, Hilfe	Berater, Helfer
◆ Entlastung, Verwahrung	Entlaster

3. Erwartungsträger Kollegen:

◆ Anteilnahme	Interessent, Freund
◆ Unterstützung, Entlastung, Hilfe	Mithelfer, Berater
◆ Solidarität	Mitstreiter

4. Erwartungsträger Vorgesetzte:

◆ Alles soll "funktionieren"	Verwalter, Kontrolleur, Aufsicht, Organisator, Detektiv
◆ Entlastung der Arbeit des Vorgesetzten, Unterstützung	Verwalter, Hilfskraft, Postenübernehmer
◆ Legitimation der Schule	Imagepflege, Berichter

5. Erwartungsträger Öffentlichkeit:

◆ Wissensvermittler	Fachmann
◆ Selektion	Beurteiler, Selektierer
◆ Beratung	Schullaufbahnberater, Berufsberater
◆ Anpassung	Erzieher
◆ Verwahrung und Wiederherstellung	Verwahrer, Therapeut

In der Berufsentscheidung von Pädagogen, Erziehern und Rehabilitationsfachleuten überwiegt anfänglich oft eine konservative, auf das individuelle Helfen ausgerichtete Orientierung. Ausbildung und Studium legen ihnen später die Aneignung einer gesellschaftskritischen Haltung nahe, die vor der Infragestellung des eigenen beruflichen Handelns nicht zurückschreckt. Mit dem Beginn der Berufstätigkeit in den traditionell konservativen Institutionen Kindergarten, Schule, Sonderschule, Klinik, Rehabilitationseinrichtung u.a. wird eine erneute Umorientierung notwendig, die unter Schmerzen vollzogen wird oder, wenn sie unterbleibt, in eine Dauerhaltung von Opposition und kognitive Dissonanz einmünden mag.

Wallius (1982) hält Schüler für den entscheidenden Streßfaktor für Lehrer. Christensen et al. (1976) beschrieben die Entmutigung des Lehrers in der Beziehung zu einem Schüler, den er für besonders förderungsbedürftig hält, in mehreren Etappen:

1. Vermehrte Aufmerksamkeit des Lehrers für diesen Schüler, Nachfragen, Interesse;
2. Drohungen und Bestrafungen, die den Schüler zu höheren Leistungen veranlassen sollen;
3. Verbale und physische Angriffe, Wut des Lehrers, Unrechtsbewußtsein;
4. **Flucht, Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung.**

Die Autoren zielen darauf ab, daß Schulberater die Möglichkeit haben, diese Abfolge, die eine auffallende Ähnlichkeit mit der Entwicklung des Burnout (Kap. 10) aufweist, frühzeitig zu unterbrechen und zusammen mit dem Lehrer neue Verhaltensalternativen zu entwickeln.

Fikentscher et al. (1986) berichten von einer Untersuchung an Lehrern aus der ehemaligen DDR. Deren psychosomatische Erkrankungshäufigkeit lag signifikant höher als die der Gesamtbevölkerung, ihre Heilungsrate deutlich darunter. Zur Erklärung nehmen die Autoren an, daß sowohl Ärzte wie Lehrer sich besonders schwer damit tun, psychosoziale Erklärungsmuster für die Krankheitsentstehung zu akzeptieren. Cherniss (1985) vermutet, daß beim Personal von (Sonder-)Schulen Burnout eintritt, wenn direkte aktive problembezogene Bemühungen keine Aussicht auf Erfolg haben. Als Ursachen werden Fehlen von Klarheit, Kontrolle der Situation, Unterstützung und Feedback sowie Arbeitsüberlastung angegeben. Cherniss empfiehlt zur Burnout-Behebung Entspannungsverfahren, kognitive Umstrukturierung, Problemlöse-Training, Soziale Unterstützung, Netzwerke von Ressourcen-Austausch, Mitbestimmung, Quality-Circle und Feedback an Vorgesetzte. Anstötz fand keine eindeutigen Hinweise auf Burnout-Prozesse bei Lehrern geistigbehinderter Schüler (1987 a, b).

Schulberater, eine in den USA bereits stärker als in Deutschland verbreitete Einrichtung, befinden sich im Schnittpunkt unterschiedlicher Aufgaben und Rollenerwartungen. Sind sie Psychologen, so werden sie von Lehrern nur manchmal als Helfer, bisweilen aber auch als Eindringlinge betrachtet, die in ihre Kompetenzen eingreifen. Sind sie dagegen 'ganz normale Lehrer' mit einer Stundenreduzierung, so können sie infolge ihrer eigenen Lehrverpflichtung nicht leicht die Freiheit der Beratungsfunktion voll entfalten, die sie benötigen. Medway et al. (1980) konnten zeigen, daß Lehrer eine Beratung favorisieren, in der ganz praktische Verhaltensregeln vermittelt werden. Die beratenden Psychologen dagegen ziehen Gespräche vor, die die seelische Gesundheit des Lehrers zum Gegenstand haben, und entwickeln Ratschläge auf diesem Hintergrund. Über weitere Untersuchungen zur Burnout-Belastung von Lehrern und Erziehern gibt Tab. 2 Auskunft.

Tab. 2: Burnout bei Lehrern und Erziehern

Autoren	Jahr	N	Beruf	Mit Burnout korrelierende Merkmale
Thompson	1980	47	Erzieher	Fehlen von Unterstützung durch Freunde, Kollegen und Institutionen
Apenburg	1985	59	Lehrer	Fehlen sozialer Unterstützung et al.
Brenner	1985	63	Lehrer	Wahrnehmung der Schüler als Stressoren in der ersten Hälfte des Schuljahres
Kremer	1985	126	Lehrer	Geringe Vitalität, Präsenz, Solidarität, negative Selbstdarstellung
Kyriacou	1985	127	Lehrer	Angst, Somatisierungen, Depressionen et al.
Morgan Und Krehbiel	1985	126	Sonderehrer	Lerntheoretische (vs. humanistische und schulische) Orientierung im Unterricht
Morgan	1985	48	Sonderschullehrer	Längere Schulpraxis

und Reinhart				
Nagy	1985	127	Lehrer	Ältere (vs. Jüngere) Schüler et al. Herzinfarktgefährdung, Arbeitssucht
Pierson-Hubeny	1985	324	Lehrer	Rollenstreß, Rollenkonflikt Rollenambiguität, persönliche Belastung
Crane	1986	443	Sonderschullehrer	Rollenkonflikte et al. Rollenambiguität
Finley-Jones	1986	171 8	Lehrer	Störverhalten von Schülern
Fimian et al.	1986	265	Sonderschullehrer	Arbeitsüberlastung Kurzfristige Änderung der Aufgaben Fehlen von Anerkennung Niedriges Gehalt Disziplinprobleme Probleme der eigenen Motivation Angst und Erschöpfungsgefühle
Holt et al.	1987	134	Lehrer	Entfremdung Passive Bewältigungsstrategien Körperliche Krankheiten
Russell et al.	1987		Lehrer	Höhere Zahl belastender schulischer Ereignisse Fehlen sozialer Unterstützung
Greenglass et al.	1988	326	Lehrer	Rollenkonflikte Fehlen sozialer Unterstützung
De Frank et al.	1989	245	Lehrer	Niedrige Arbeitszufriedenheit

4. Belastung von Ärzten, Psychotherapeuten und Pflegepersonal

Auch Ärzte und Pflegepersonal gelten als besonders belastet. Ihre Beanspruchung wird in vielen Äußerungen sichtbar, die sie über ihre Arbeit machen:

- ◆ "Neigung zum Rückzug bei mir unangemessen erscheinenden Forderungen" (56jähriger Psychiater).
- ◆ "Gereiztheit wegen Überarbeitung und gegenüber dem Besucherstrom" (38jährige Krankenschwester).
- ◆ "Ausgelaugtsein, nicht wissen: Was soll ich tun? Wie soll es weitergehen? Was will ich?" (30jährige Krankenschwester).
- ◆ "Alpträume, dysphorische Stimmung, vermehrter Alkoholgenuß zur Entspannung" (33jährige Ärztin und Psychotherapeutin).

Ullrich (1989) fand bei Ärzten und Pflegepersonal einer Krebsstation gehäuft Klagen über seelische Erschöpfung, Kopf- und Rückenschmerzen sowie Magen- und Darmbeschwerden. Patrick (1984) nennt als Faktoren, die Krankenschwestern aus dem Gleis bringen können, Arbeitsstreß, Zugang zu Drogen, den Mythos der Unverwundbarkeit, Perfektionsdrang und zwischenmenschliche Isolation. Ausbrennen häuft sich bei Krankenschwestern in der Kombination von vorgesetzten Haltungen hoher Lenkung und geringer Achtung (Duxbury et al., 1984).

Bernhard (1984) nennt als Belastungsfaktoren von Klinikärzten die Gleichzeitigkeit von somatischen Sachzwängen in der Patientenbehandlung, therapeutischen Übertragungsprozessen und einem eigenen patientenähnlichen Status in der Lehranalyse. Arana (1982) nimmt an, daß zu seelischen Störungen von Ärzten sowohl Unterversorgung wie auch Belastungen während der medizinischen Ausbildung beitragen und

daß dieser Berufsgruppe kaum zu helfen ist, weil sie es vermeiden, Unterstützung aufzusuchen und Hilfsangebote anzunehmen.

Kemper (1990) hat zehn Rollen beschrieben, in die Ärzte bei Überlastung flüchten. Der Arzt

- ◆ vermeidet die Begegnung mit dem Patienten,
- ◆ entwertet das eigene Tun ("zwecklos"),
- ◆ erledigt seine Arbeit hastig,
- ◆ versteckt sich hinter Medikament und Instrument,
- ◆ ist ungeduldig und beklagt mangelnde Mitarbeit des Patienten,
- ◆ verspricht visionär Besserungen,
- ◆ überschätzt die Heilungschancen,
- ◆ unterschätzt die Heilungschancen,
- ◆ tut das Notwendigste, ohne mit dem Patienten zu sprechen,
- ◆ konstruiert eine schöne Familienszene.

Ein Teil der Spannungen, unter denen Mediziner stehen, zeigt sich in ihren Scherzen. Von Notfallmedizinern ist mir folgende Witzserie bekannt geworden:

- ◆ "Wir heißen jetzt nicht mehr Notärzte, sondern Not-Ärzte, also Nicht-Ärzte."
- ◆ "Zu unserer Grundausrüstung gehört auch nicht mehr die Trage, sondern Spitzhacke und Schaufel."
- ◆ "Unsere Wagen werden jetzt auch nicht mehr rot gespritzt, sondern schwarz."

Suchtgefährdung

Verschiedentlich sind Einstellung und Verhaltensweisen von Ärzten in Fragen der Sucht untersucht worden. Reimer und Freisfeld (1984) konnten nach einer schriftlichen Befragung von Ärzten in Schleswig-Holstein zeigen, daß diese auf Alkoholranke unter ihren Patienten überwiegend verurteilend und gereizt reagieren und sie mit negativen Werturteilen belegen, sich selbst aber ein untadeliges Verhalten ihnen gegenüber attestieren. Daß es andererseits in dieser Hinsicht bei Ärzten ein Verleugnungspotential und eine Ahnung von der eigenen Gefährdung geben mag, läßt der folgende Aphorismus erkennen: "Ein Alkoholiker ist jemand, der mehr trinkt als sein Arzt." Enzmann und Kleiber (1989) zitieren eine Reihe angelsächsischer Untersuchungen über Belastungsfolgen bei Ärzten. Alkoholismus ist bei schottischen Ärzten 2,7mal so häufig wie bei Männern mit vergleichbarem sozialem Status. Die Wahrscheinlichkeit für Drogenabhängigkeit ist ca. 30- bis 100mal höher als in der Gesamtbevölkerung der USA. Dies scheint nicht auf den leichten Zugang zu Drogen zurückzuführen zu sein, weil Zahnärzte und Pharmazeuten keine vergleichbare Prävalenz für erhöhten Drogenkonsum aufweisen. Pearson (1975) dagegen fand bei Ärzten eine unterdurchschnittliche Rate von Suchtabhängigkeiten. Green et al. (1976) sowie Harris (1986) konnten bei abhängigen Ärzten, die eine Entziehung durchmachten, eine überdurchschnittliche Heilungsrate nachweisen.

Partnerschaft

Die Partnerschaft von Ärzten ist ebenfalls mehrfach untersucht worden, weil sich hier verdeckte, gleichsam der unmittelbaren öffentlichen Kontrolle sich entziehende Prozesse entfalten, die in Hinblick auf die Belastung von Ärzten um so aussagekräftiger sein mögen. Vincent (1969) stellte zusammen, was in der Literatur über Probleme in der Beziehung zwischen Ärzten und ihren Frauen wiederkehrend berichtet wird:

1. Der Arzt ist unfähig, sein Bedürfnis nach Hilfe zu nennen und Hilfe zu suchen.
2. Er richtet unrealistisch hohe Ansprüche an sich und beruft sich dabei auf die Gesellschaft.
3. Er hat einen erhöhten Alkohol- und Drogenkonsum.
4. Er hat Selbstmordneigungen.
5. Er ruft bei seiner Frau emotionale Probleme hervor, die er aus Belastungen im Berufsleben mitbringt.

In einer Untersuchung der Ehen von Ärztinnen konnten diese Ergebnisse weitgehend bestätigt werden (Myers, 1984).

In einer Population von 617 Psychiatriepatienten wurden besonders die 87 Ärzte untersucht. Unter den Patienten stellten sie ein signifikant höheres Kontingent dar, als es ihrem Anteil an der Bevölkerung entspricht; sie wurden auch häufiger eingeliefert als Angehörige technischer Berufe. Auch unter den mehrfach eingewiesenen Patienten traten sie gehäuft in Erscheinung (Szefel, 1982). Ehefrauen von 50 Ärzten, die sich in psychiatrischer Behandlung befanden, nannten als eigene Probleme Depressionen, Drogen- und Alkoholkonsum sowie psychosomatische Erkrankungen und erwähnten als Ursache am häufigsten die dauernde Abwesenheit ihrer Männer (Vincent, 1969).

Vaillant et al. (1972) verglichen 47 Ärzte mit 79 Personen gleicher sozio-ökonomischer Stellung aus anderen Berufen. Die Ehen der Ärzte sahen dabei vergleichsweise unerfreulich aus. Der Alkohol- und Drogenkonsum lag wesentlich höher als der der Vergleichsgruppe. Sie befanden sich häufiger als jene in Psychotherapie. Die Autoren führen die Unterschiede jedoch nicht auf die aktuelle Berufsbelastung zurück, sondern vermuten eine Beziehung zum Grad der gesunden Lebensanpassung in der Zeit vor Beginn des Medizinstudiums: Nur Ärzte mit instabiler Kindheit und mangelhafter Anpassung in der Adoleszenz würden demnach mit den o.g. Auffälligkeiten auf eine Berufsbelastung reagieren.

Goldberg (1975) führte Paartherapien mit Ärzten und ihren Frauen durch. Als Klagen nannten die Partnerinnen am häufigsten, daß der Ehemann zuviel Zeit im Beruf verbrachte, sich zu wenig um Frau und Kinder kümmerte, daß er autoritär auftrat und man sich nicht mit ihm verständigen konnte. Als wichtigste Belastungsmomente gaben 105 australische Ärzte und ihre Partnerinnen im Interview Zeitknappheit, Verantwortung für das Wohlergehen anderer Menschen und die Allgegenwart von Krankheit und Tod an (Bates, 1982). Auch die Tatsache, daß es ein eigenes Genre "Ärztewitze" gibt, mit überwiegend grob sexueller und aggressiver Thematik, läßt etwas von der Spannung ahnen, die im Umkreis dieses Berufsfeldes besteht.

Garvey et al. (1979) befragte 80 Ärzte schriftlich über ihr Eheleben. Die Scheidungsrate lag hier allerdings niedriger als im Durchschnitt der Bevölkerung; die Ehen wurden als eher überdurchschnittlich gut bezeichnet. Die Zahl der beruflichen Arbeitsstunden stand nicht in Beziehung zur Zufriedenheit mit der Ehe und zur Scheidungsrate.

Selbstmordgefährdung

Auch der Selbstmord von Ärztinnen und Ärzten ist ausführlich untersucht worden (z.B. Roy, 1985). Reimer et al. (1981) befragten 100 Krankenhausärzte über die Einstellungen, die sie bei Patienten zum Thema Selbstmord vermuteten, und auch über ihre eigenen Meinungen zum gleichen Thema. Als eigene mögliche Gründe für einen Selbstmord gaben die Ärzte an erster Stelle eine unheilbare Krankheit an, erst in einigem Abstand Probleme in ihren zwischenmenschlichen Beziehungen. Sie äußerten die Vermutung, die Bevölkerung werde den Selbstmordversuch eines Arztes strenger beurteilen als den eines Patienten. Sie erwarteten in ihren Äußerungen wenig Hilfe von außen und schienen, sich ganz auf sich selbst verlassen zu müssen.

Enzmann und Kleiber (1989) erwähnen, daß in verschiedenen Studien die Selbstmordrate von US-amerikanischen Ärzten sich im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung in einer Spannweite zwischen .85:1 bis zu 3.1:1 verhielt. Bartusis (1977) belegt, daß Psychiaterinnen in besonderer Weise für Drogen, Alkohol, Selbstmord und Scheidung anfällig sind. Über weitere Arbeiten, die ich sichten konnte, gibt Tab. 1 Auskunft:

Tab. 2: Selbstmord bei Ärztinnen und Ärzten

Autoren	Jahr	N	Beruf	Ergebnis: Selbstmordrate...
Pitts et al.	1979	751	Ärztinnen und Ärzte	...von Ärztinnen ist höher als bei Ärzten ...ist 4mal so hoch wie bei gleichaltrigen weißen Amerikanerinnen
Rich et. al.	1979	17.979	Ärzte	...von Ärzten ist nicht wesentlich höher als bei anderen US-Amerikanern über 25
Rich et al.	1980	18.730	Ärzte	...von Psychiatern ist etwa doppelt so hoch wie bei anderen Ärzten
Birmingham et.al.	1985	185	Anästhesisten	...von Anästhesisten ist höher als im Durchschnitt der Bevölkerung und höher als bei anderen Ärzten

Notman (1975) vermutet als Ursache für die erhöhte Selbstmordrate bei Ärztinnen berufliche und soziale Belastungen und auch offene und verdeckte Vorurteile gegen Frauen im Arztberuf. Bressler (1976) nimmt Rollenbelastung, Identitätsprobleme und den Glauben von Ärzten an die eigene Immunität an ("Mir kann das nicht passieren! "). Moore (1982) vermutet, daß Psychiaterinnen besonders selbstmordgefährdet sind, weil sie mit ihrer Berufswahl eine Rolle ohne gesellschaftliche Tradition wählen, die zahlreiche Konflikte hervorruft.

Simon (1986) empfiehlt gegen die erhöhte Selbstmordrate unter Ärztinnen und Ärzten Gruppentherapie für überlebende Ärzte nach Selbstmordversuchen, Diskussionsgruppen für Therapeuten, die Patienten durch Selbstmord verloren haben, sowie bessere Aufklärung über Hinweise auf Selbstmordgefährdung. Dagegen werden wohl der Einsatz von Persönlichkeitstests bei der Auslese von Medizinstudenten und jährliche Vorsorgeuntersuchungen (."annual emotional check-ups."), die er ebenfalls vorschlägt, wohl kaum realisierbar sein.

Burnout in Medizin und Pflegeberufen

Über Burnout-Tendenzen bei Angehörigen medizinischer Berufe gibt Tab. 3 Auskunft.

Tab. 3: Burnout in medizinischen Berufen

Autoren	Jahr	N	Beruf	Mit Burnout korrelierende Merkmale
Jones	1981	31	Krankenschwestern	Unehrlichkeit Überziehung der Arbeitspausen
Hunter et al.	1982f		Pfleger in der Notfallambulanz	Ständige Reizüberflutung
Stout et al.	1983	78	Pfleger	Überdruß Arbeitsunzufriedenheit
Cronin-Stubbs et al.	1985	296	Krankenschwestern	Konsum und Beruhigungsmitteln Geringe Stundenzahl im direkten Kontakt mit Patienten Fehlen sozialer Unterstützung Ungünstige Gestaltung des Arbeitsplatzes
Constable et .al.	1986	310	Krankenschwestern	Geringe berufliche Eigenständigkeit Arbeitsdruck Fehlen von Vorgesetztenunterstützung
Rafferty et al.	1976	67	Ärzte	Geringe Arbeitszufriedenheit
Izraeli	1988	126	Ärzt Ehepaare	Zweifel an der Wirksamkeit der eigenen beruflichen Tätigkeit Mangelnde Unterstützung für den Beruf des Partners

Zur Abhilfe werden von Hunter et al. (1982) Übungen zur Selbstwahrnehmung, Muskelentspannung, Veränderungen in den Arbeitsabläufen und Unterstützung aus der Umgebung, Distanzierung von den Klienten, Selbstsicherheitstraining und Bewahrung klarer Kommunikationsformen empfohlen. Cronin-Stubbs et al. (1985) sehen emotionale Unterstützung und Bestätigung am Arbeitsplatz und zu Hause als geeignete Maßnahmen an. Constable et al. (1986) betrachten Förderung der Eigenständigkeit, Verringerung des Arbeitsdrucks und Aktivierung von Vorgesetzten-Unterstützung als Mittel der Wahl.

Viele Menschen haben irgendwann ein Schlüsselerlebnis, an dem sie erkennen, daß sie nun am Ende mit ihrer Kraft sind. Eine Krankenschwester berichtete mir folgendes: Sie kam abends nach Hause und hörte, als sie die Tür öffnete, daß ihr Telefon klingelte. Sie hob dann ab und sagte: "Reha-Klinik Höhenbrunn Chirurgie und Orthopädie Schwester Susanne Station 4!" - in ihrer eigenen Wohnung. Da merkte sie, daß ihre berufliche Erschöpfung einen Endpunkt erreicht hatte.

5. Berufliche Deformation

Unter beruflicher Deformation sollen hier alle Schädigungen, Verformungen, Fehlentwicklungen, Abnutzungen, Verschleißerscheinungen, Erstarrungen, Fehlorientierungen, Entfremdungen, Realitäts- und Wahrheitsverluste und Verkennungen im Erleben, Verhalten und Denken bezeichnet werden, die im Laufe der Berufstätigkeit durch die Berufstätigkeit bedingt auftreten.

Manche Menschen halten die Belastungen, denen sie im Berufsleben ausgesetzt sind, für naturgegeben oder für unvermeidbar, und dies ist zu einem Teil gewiß realistisch. Aber an allen Arbeitsplätzen lohnt es sich zu prüfen, welcher Teil davon selbsterzeugt, durch Untätigkeit geduldet oder wegen anderer Vorteile geradezu angestrebt wird.

Die Dauerbelastung ist ein Bestandteil vieler beruflicher Deformationen von Personen, die in der Rehabilitation arbeiten: zu viele Termine, Verpflichtungen, Erwartungen, Hoffnungen und Chancen in zu rascher Folge bringen leicht Versuche zum Scheitern, innezuhalten und sich wieder neu einzustellen. Das Leben in Hetze, Entscheidungs- und Handlungsdruck wird hier zu einer Selbstverständlichkeit, mit der man beginnt, sich einzurichten. Der Mensch entwickelt also nicht Strategien, seine Lebensbedingungen menschlicher zu gestalten, sondern lernt, trotz des Drucks beruflich noch einigermaßen über die Runden zu kommen. Gespräche werden nun etwas kürzer und flüchtiger erledigt. Statt einer sorgfältigen Erledigung der Aufgaben beginnt eine etwas hastige, nachlässige und oberflächliche. In Gesprächen und Konferenzen kann man sich über schlecht vorbereitete Sequenzen noch einigermaßen hinwegmogeln. Arbeitsgruppensitzungen, in denen man nur halb präsent ist, rufen nicht sofort Kritik hervor, sondern gehen eine Weile lang so durch.

Manche Menschen erfahren in der langjährigen Arbeit eine zunehmende Schädigung ihrer Urteilsfunktion. Vieles, was sie früher als Problematik und als besonders änderungsbedürftig beurteilt haben, beginnen sie nun, ganz normal zu finden. Auch die Begegnung mit Gesprächspartnern bleibt von den Folgen der langjährigen Berufstätigkeit nicht verschont. Eine der wichtigsten Qualitäten des Helfers ist der lebendige Rapport zum Gegenüber. Entgegengesetzte Haltungen sind Müdigkeit, Desinteresse, Langeweile, vorgetäushtes Interesse. Wo jemand den lebendigen Gegenwartsbezug verloren hat, ist irgend etwas nicht in Ordnung: Überlastung, Selbstblockierung durch moralische Entrüstung, vielleicht auch die Abwehr eigener Seiten, die da angesprochen werden, mögen dabei eine Rolle spielen. Mitmenschen erleben dies oft als Unbezogenheit, Desinteresse, Mangel an Einfühlung, Faulheit oder Zynismus.

Ein Verlust von Einfühlung und Präsenz tritt oft dann ein, wenn man zu viele Begegnungen in zu schneller Folge hat, zu viele weitere Belastungen oder zu wenig Erholungszeiten und -möglichkeiten. Da mit der Präsenz der Erfolg steht und fällt, ist hier äußerster Alarm angezeigt.

Wenn Gegenwärtigkeit und Achtsamkeit verlorengehen, versuchen manche Helfer im Rehabilitationsbereich noch eine Weile lang, sich mit Routine über die Runden zu retten. Aber dabei zehrt sich die Substanz Schritt für Schritt auf.

6. Beispiele der beruflichen Deformation

Aus der bisherigen Darstellung dürfte deutlich geworden sein, daß Burnout und berufliche Deformation keine einheitlichen Größen sind, sondern sich in einer Vielzahl von Anzeichen und Auffälligkeiten äußern können. Ich will hier einige weitere davon schildern, die mir bei Kolleginnen und Kollegen und auch an mir selbst sichtbar geworden sind. Dabei gilt: Burnout und berufliche Deformation sind keineswegs immer generelle Belastungszustände der Person, die über Tage, Wochen oder Monate hinweg ununterbrochen bestehen und ständig alle Lebensbereiche überschatten; vielmehr scheint es auch möglich, daß nur eine bestimmte Arbeitsweise ihnen verfällt, während andere Arbeitsfelder davon nahezu unberührt bleiben. Ich werde mich im folgenden also darauf beschränken, solche Verhaltensweisen zu beschreiben, die mir als besonders markante Anzeichen von Burnout und beruflicher Deformation erschienen sind.

Jeder Beruf bringt seine eigenen beruflichen Deformationen hervor. Manche Angehörige der Berufsgruppe fallen ihnen zum Opfer, andere scheinen weniger gefährdet oder geradezu immun und können sich gut gegen sie schützen. Die folgenden Beispiele sollen nicht als Beitrag zur Vorurteilsbildung solchen Personen gegenüber verstanden werden, die im Erziehungs-, Unterrichts- und Rehabilitationsprozeß stehen, sondern auf Gefahren aufmerksam machen, die dort besonders augenfällig sind.

Rechthaberei. Manche Lehrer und Erzieher entwickeln eine eigenartige Neigung dazu, in allen Diskussionen das letzte Wort zu behalten und die das Gespräch abschließende Feststellung zu machen. Das ist nur zu verständlich. In Unterricht, Beaufsichtigung und Förderung müssen sie fast zwangsläufig ständig die Rolle

der Kenntnisreichen und Wissenden einnehmen, die das Ergebnis des Bemühens selbst dann schon im voraus wissen, wenn sie individualisiert, personenzentriert oder gruppenorientiert oder mit innerer Differenzierung arbeiten lassen. Dies überträgt sich leicht auf andere Lebensbereiche und wird dort zu einer starren, nur schwer erträglichen Attitüde. Oft gibt sich hier eine strenge Ich-Ideal-Verfestigung zu erkennen: Da sie an sich selbst den Anspruch richten, den Behinderten gegenüber Vorbildfunktion zu übernehmen, sehen sie sich gezwungen, vorbildlich zu sein - oder es jedenfalls zu behaupten, wenn es ihnen schon nicht durchgehend gelingt. Viele Teams klagen über endlose Streitereien in der Teamsitzung - kein Wunder, wenn lauter RechthaberInnen zusammen arbeiten müssen.

Kindeln. Bei Helferinnen und Helfern, die mit behinderten Kindern arbeiten, findet man nach einigen Jahren manchmal spezifische Deformationen von Sprache und Umgangsformen. Sie bedienen sich eines Vokabulars, das für den Umgang mit Kindern passen mag, auch in ihren weiteren Lebenskontakten, aber da wirken sie damit komisch bis peinlich ("Ich muß mal Pipi."). Auch Tonfall, Gestik und Mimik scheinen wie auf Kinder abgestellt und wirken auf erwachsene Gesprächspartner eigenartig unaltersgemäß.

Unermüdliche Hilfsbereitschaft. Manche Personen, die erzieherisch tätig sind, gewöhnen sich eine Haltung ständiger sprungbereiter Hilfsbereitschaft an, die weit über das Maß des Notwendigen hinausgeht. Sie sind es gewöhnt, in der Klasse oder Gruppe im Sekundentakt Weisungen, Kontrollen, Mahnungen, Vorschläge, Lob usw. zu erteilen, und können nun auch außerhalb des Unterrichts aus diesem Automatismus nicht mehr heraus. Momente des Nichtstuns erscheinen ihnen leicht wie vergeudete Zeit. Wo es nichts zu tun gibt, suchen sie sich Arbeit, und sei es solche, die von niemandem gewünscht und gebraucht wird.

Vereinnahmen und Strukturieren. Manchen Helfern geht das Planen und Machen so in Fleisch und Blut über, daß eine Situation ohne klare Aufgabenstellung für sie schwer erträglich ist. In Selbsterfahrungs- und Supervisionsgruppen werden sie rasch unruhig, wenn einmal eine Pause eintritt. Sie versuchen dann, die Stille mit einer eigenen Aufgabe zu verkürzen ("Jetzt können wir (!) uns doch alle einmal vorstellen"; Wer noch nichts gesagt hat, kann das ja jetzt mal tun - dann ist die Zeit doch besser genutzt"; "So, das Mittagessen ist fertig, am besten beginnen wir (!) mit einem gemeinsamen Lied!" usw.). Die Erfahrung, für alles verantwortlich zu sein und alles strukturieren zu müssen, führt dazu, daß auch ohne Behinderte der Betreffende immer in der Pflicht bleibt, alles fest im Griff zu behalten.

Überflutung des Privatlebens mit beruflichen Belangen. Vielen Helferinnen und Helfern fällt es schwer, in der Freizeit abzuschalten. Die schulischen Erfahrungen haften auch am Nachmittag, Abend und Wochenende an ihnen. Dies kann zu einer einseitigen Ausrichtung des ganzen Lebens auf die Behindertenarbeit und zu einer Verarmung der Interessen führen.

Erfolgsfixiertheit. Ob Helferinnen und Helfer in der Behindertenarbeit es wollen oder nicht, Erfolge sind doch das A und O ihres Arbeitens. Sie haben also ein starkes Interesse daran, daß ihre Klienten und Patienten Fortschritte machen, und sind manchmal der Gefahr ausgesetzt, 'gute' Behinderte besonders zu mögen, weil sie von ihnen eine positive Rückmeldung erhalten, und erfolglose Klienten abzulehnen, weil diese ihnen die eigene Erfolgserfahrung verweigern. Ich hörte vom Fall einer Sonderschullehrerin, die die Klassenlehrerin ihrer eigenen behinderten Tochter war. Sie konnte es nur schwer akzeptieren, daß ihre Tochter schlechte Leistungen in der Rechtschreibung erbrachte. Als die Tochter wieder einmal in einem Diktat mehr Fehler als die meisten anderen Kinder gemacht hatte, mogelte die Lehrerin in die Diktate der Mitschülerinnen Fehler hinein, bis die durchschnittliche Fehlerzahl der ganzen Klasse sich der ihrer eigenen Tochter angenähert hatte. Als die Sache aufflog und die Lehrerin zur Rede gestellt wurde, sagte sie: "Die Schande, daß mein eigenes Kind in der Rechtschreibung so schlecht sein sollte, war für mich unerträglich."

Abschließend sei betont, daß die eben genannten Beispiele nichts über die Qualifikation von Helferinnen und Helfern in der Behindertenarbeit aussagen, sondern nur im Rahmen der hier behandelten Thematik "Burnout und berufliche Deformation" Erwähnung finden. Mein eigener Kontakt mit diesen Helfern als Kollegen,

Supervisanden und Behördenmitarbeitern war in aller Regel sehr zufriedenstellend und bereichernd. Die hier vorgelegte Darstellung intendiert also nicht, ihre Institutionen, Berufe und Tätigkeiten zu kritisieren, sondern auf die Belastungen zu verweisen, denen sie ausgesetzt sind.

7. Bewältigungsformen für Helferinnen und Helfer in der Rehabilitationsarbeit

Wir wenden uns nunmehr Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation zu. Ich werde hier verschiedene Initiativen nennen, die Helferinnen und Helfer ergreifen können. Wenn nach der Lektüre jeder Leser sich vornimmt, zwei Dinge wirklich selbst in die Hand zu nehmen, und dies in einem Fall tatsächlich tut, wird für die tägliche Arbeit viel gewonnen sein.

(1) Maßnahmen der Psychohygiene

Es ist wichtig, daß Helferinnen und Helfer immer wieder ihren beruflichen und privaten Alltag betrachten und sich fragen:

- ◆ Lasse ich in der Gestaltung des Tages Vernunft walten soweit mir dies anheimgegeben ist?
- ◆ Konsumgewohnheiten, Essen, Trinken und Schlaf, Bewegung, Freizeit - gestalte ich dies alles achtsam?
- ◆ Freundeskreis, Wohnung, Wege zur Arbeit, Rückkehr nach Hause, Termingestaltung - hat das alles Vernunft?
- ◆ Schleppe ich unerledigte Geschäfte mit mir herum?
- ◆ Schaffe ich mir angemessene Erholungsräume?
- ◆ Übe ich Tätigkeiten aus und arbeite ich mit Patienten, die mich mit tiefer Abneigung erfüllen?
- ◆ Verbringe ich zuviel 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?

Alle diese Überlegungen können helfen, den Alltag zu bereinigen und die berufliche Belastung zu mildern.

Manche Menschen schöpfen Kraft aus Entspannungs- und Aktivierungsverfahren, Kunsterfahrung und künstlerischem Ausdruck, Tagebuch, Gebet, Lektüre und Natur. Dabei habe ich die Erfahrung gemacht, daß jeder Mensch ganz individuell Formen der Entlastung finden muß und es zwischen den verschiedenen Berufsgruppen in den Formen der Selbstentlastung nur teilweise Überschneidungsbereiche bestehen. Rehabilitationsfachleute bevorzugen während der Arbeit ganz andere Formen der Selbstentlastung als z.B. Verwaltungsbeamte am Schalter mit Publikumsverkehr. Dagegen sind im Freizeitbereich die Übereinstimmungen wesentlich größer.

(2) Gedanken-Stop

Es ist manchmal notwendig, über die beruflichen Anforderungen und Schwierigkeiten, denen man ausgesetzt ist, immer wieder nachzudenken und ausführlich zu sprechen. Zu anderen Zeiten ist es richtig, damit aufzuhören. Das ist eine ganz einfache Erkenntnis; aber viele Helfer sind nicht imstande, dem zu folgen. Stattdessen kreist ihr Denken grüblerisch und quälend immer wieder um die gleichen Möglichkeiten, Unwägbarkeiten, Eventualitäten und Risiken, spult zurückliegende Begegnungen und Gespräche wiederholt ab oder sucht nach Schlupflöchern und Lösungen, wo es keine gibt. Das Denken kommt nicht zur Ruhe, und diese Helfer können nicht Abstand von sich nehmen. In solchen Fällen ist der Gedanken-Stop eine schiere Notwendigkeit und ein Gebot der Vernunft. Entscheidend ist eben immer die richtige Dosierung. Im Rheinland gibt es dazu eine sehr nützliche, heilsame Redensart: "Mer musset nit öwwerdriwwe!" ("Wir müssen es nicht übertreiben!") Tatsächlich hat Psychohygiene oft damit zu tun, daß man etwas nicht übertreibt.

(3) Tagesresümee

Beim Tagesresümee handelt es sich um eine dem Gedanken-Stop ähnliche kleine Übung, die sich besonders für Menschen in Helferberufen eignet, die sich schwer mit dem Loslassen und Abschalten tun. Man kann sie vielleicht um 17 Uhr oder abends vor dem Abendbrot machen, aber jedenfalls so rechtzeitig, daß danach vom Tag noch eine nennenswerte Wegstrecke übrigbleibt. Man notiert auf einem Blatt alles, was man im Laufe dieses Tages im Beruf getan und gedacht hat: Gespräche, Untersuchungen, Blutabnahmen, Teamsitzungen, Telefonate, Terminabsprachen, Beratungen, Therapien, Supervisionen - in chronologischer Reihenfolge bis zu dem Zeitpunkt, zu dem man eben jetzt diese Niederschrift anfertigt. Und unter diese kurze oder lange Liste schreibt man dann mit energischer Schrift den Satz: "Damit soll es nun für heute genug sein!!!" - Dies stellt dann das Ende des Arbeitstages dar, und in der verbleibenden Zeit werden alle Gedanken, die wieder daran aufkommen, mit diesem einen Satz "Damit soll es nun für heute genug sein!" energisch abgewiesen.

(4) Selbstbelohnung

Nach herkömmlichem Denken müssen Anerkennung und Belohnung von anderen Menschen kommen, um den Helfer zu erfreuen und zu stärken. Die Verhaltenstherapie hat aber gezeigt, daß Selbstbelohnung möglich ist, daß man sie lernen kann und daß die Fähigkeit dazu ein zentrales Kennzeichen der gesunden Person ist. Psychotherapeuten leiten ja ihre Patienten auch dazu an, sich selbst anzuerkennen, zu bejahen und zu belohnen. So liegt es nahe, daß sie von diesem Wissen auch für sich selbst Gebrauch zu machen lernen. Sie mögen also bei ihrem eigenen Tun und bei ersten kleinen Erfolgen des Patienten durchaus innehalten und sich selbst mit einer kleinen Sonderanerkennung versorgen. Am angenehmsten fühlt es sich vermutlich an, wenn diese spontan und von einer anderen Person kommt. Wer als Helfer nicht über einen so aufmerksamen, sorgenden Kollegen- und Freundeskreis verfügt, sollte sich aber nicht scheuen, sich selbst etwas Gutes zu tun.

(5) Selbstverantwortete Sinnstiftung

Mir erscheint es besonders wichtig, als Ausgleich zur Arbeit etwas Eigenes zu haben, das einem Kraft gibt: Familie, Religion oder z.B. ein Arbeitskonzept, von dessen Qualität man überzeugt ist. Wichtig ist auch das Wissen von der Gemeinschaftsdienlichkeit dieses Tuns. C.G. Jung hat bei seinen Reisen ins Innere mit der aktiven Imagination, als er manchmal am Rande einer Psychose stand, Kraft aus der Besinnung auf Familie, Beruf und die Uneigennützigkeit seines forschenden Interesses gewonnen. Es war ja nicht irgendein Übermut oder Leichtsin, der ihn trieb, sondern der ernsthafte Wille, etwas über das Wesen der menschlichen Seele zu erfahren.

(6) Flow-Erlebnisse

In Arbeit und Freizeit spielen die sog. Flow-Erlebnisse (Csikszentmichalyi, 1987) eine besondere Rolle. Es sind also Erfahrungen vollständigen Hingebenseins, in denen die Unterscheidung zwischen Selbst und Umwelt und zwischen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft (Aronson et al., 1983), aber auch zwischen verschiedenen Sinnesgebieten aufgehoben ist. Die Gestalt-Therapie hat diese Erfahrung als Konfluenz bezeichnet. Im Alltag können wir die Andeutung einer Flow-Erfahrung machen, wenn wir uns in eine Tätigkeit so hineinbegeben, daß wir alles um uns vergessen und später überrascht feststellen, wie die Zeit verfliegen ist. Man empfindet sich danach oft von einer gesunden Müdigkeit umhüllt - im Gegensatz zum Ausgepumpt- und Erschöpftsein nach frustrierender Arbeit.

(7) Lektüre

Einerseits erwerben manche Helferinnen und Helfer durch Lektüre fundierte Kenntnisse. Die Lektüre dient hier dazu, mit soliderem Hintergrund begleiten, entscheiden und handeln zu können. Der Aufwand an Zeit und Kräften wird durch den Gewinn an Verständnis und Handlungssicherheit aufgewogen. Die "Familienkonferenz" von Thomas Gordon ist für manche Helfer in dieser Hinsicht zu einem Schlüsselerlebnis geworden. Es ist aber auch an Texte zu denken, die beim Leser spontan Gefühle von Ruhe, Frieden und Hoffnung wecken. Manche Menschen werden in der Lektüre ausgewählter Bibelstellen Trost und Kraft finden. Manche Texte muß man viele Male lesen, bevor sie sich erschließen, oder sie zeigen sich zuerst in einer Weise und später in einer ganz anderen. Es muß wohl jeder, der aus Lektüre Kraft schöpfen will, selbst suchen, bis er etwas findet, das in ihm diese Wirkung hervorruft.

(8) Einsamkeit und Natur

Ich meine hier nicht das verbreitete "Mal eben kurz Luft schnappen" oder den Verdauungsspaziergang nach zu schweren Mahlzeiten. Einsamkeit und Natur sind zwei Chancen der Begegnung mit sich selbst und zugleich mit einem Raum, in dem wir manchmal eine Erfahrung der Geborgenheit machen.

(9) Regulierung der Nähe

Die Regulierung der Nähe betrifft Wohnort, offene oder geschlossene Tür des Arbeitszimmers, Abfolge und Länge der täglichen Gespräche, aber auch den Grad der Identifikation mit jedem Klientenschicksal. Einige Autoren empfehlen, sich auf keinen Fall emotional enger auf Behinderte und ihre Lebensläufe einzulassen (z.B. Hunter et al., 1982). Es ist aber wohl beides erforderlich: Grenzsetzung und tiefes Verständnis. Wer nur das eine kann, wird bald Erschöpfung erfahren - weil er die Klienten nicht erreicht oder weil sie alle seine Kraft beanspruchen. Zur Regulierung der Nähe gehört auch die Entscheidung über das Du.

(10) Soziale Unterstützung

Zu einer Entlastung des Rehabilitationspersonals kann der Kontakt mit Kolleginnen und Kollegen sowie Personen aus dem privaten Lebenskreis beitragen, mit denen man ein Netzwerk wechselseitiger sozialer Unterstützung knüpft. Unter sozialen Unterstützungen versteht man, "... daß der Mensch eine Botschaft empfängt, die ihm das Gefühl verleiht, daß er beachtet und geliebt, geschätzt und für einen wertvollen Menschen gehalten wird und daß er an einem Netzwerk von Kommunikation und gegenseitigen Verpflichtungen teilhat" (Aronson et al., 1983, S. 144 f.). Zu den sozialen Unterstützungssystemen zählte man zunächst Personen. Aber alle Erfahrung lehrt, daß das Konzept großflächiger konzipiert werden muß. Es kann dann umfassen:

- ◆ Personen und Gruppen: Partner, Verwandte, Eltern und Kinder, Freunde und Bekannte, Nachbarn, Arbeitskollegen, Firma, Haushaltshilfe, Autoreparaturwerkstatt, Vorgesetzte und Mitarbeiter, den Kaufmann an der Ecke, Friseur, Masseur, Schneider, Vereine, Parteien (vgl. dazu Nestmann, 1978)
- ◆ Tiere, vor allem Haustiere
- ◆ Tätigkeiten: Die Tatsache des Arbeitkönnens und die Gelegenheit dazu, der bestimmte Weg zur Arbeit, wiederkehrende Handlungsabläufe zu bestimmten Zeiten des Tages, z.B. Lesen, Kochen, Bekannte anrufen, Briefe schreiben, Fernsehen, Autofahren und Hobby
- ◆ Ideen: Gott, Welt, Ordnung, Freiheit, Hoffnung, Gerechtigkeit

- ◆ Orte: gemütliche Leseecke, Stammkneipe, Wald
- ◆ Gegenstände: Schallplattensammlung, alte Briefe, Fotoalben

In den Helferberufen kommt es in dieser Hinsicht manchmal zu einem gefährlichen Teufelskreis der Art, daß der Helfer - oft nicht zu unrecht - glaubt, Kontakte zu den Personen seines sozialen Unterstützungssystems müßten sehr gepflegt werden, damit sie Liebe und Wertschätzung spenden können. Er nimmt dann an, er selbst müsse auch hier zunächst Vorleistungen erbringen. Dann entwickelt sich zusätzlich zur patientenbezogenen Selbstüberforderung noch eine Neigung zu interaktionellen Höchstleistungen im Freundeskreis.

(11) Feedback

Eine wichtige soziale Unterstützungsfunktion ist ein klares Feedback aus Partnerschaft, Familie, Freundeskreis, von Patienten und unter Kollegen. Diese Personen bemerken am deutlichsten die Entwicklung der Belastung; sie sehen auch den Netto-Menschen im privaten Kontakt und die Pose in der Öffentlichkeit. Sie sind entsprechend imstande, der Person einen klaren Hinweis zu geben, wenn sie sich verrannt hat, sich übernimmt, sich einseitig belastet oder generell berufsgeschädigt wirkt. Für das Burnout gilt, so hatten wir gezeigt: Wenn Bekannte die Person ansprechen und sagen, sie sehe schlecht und abgespannt aus, so korrespondiert diese Feststellung in aller Regel mit einem tatsächlich fortgeschrittenen Stadium der Burnout-Entwicklung.

(12) Entwicklung von Solidarität

Eine bedeutende Entlastung kommt in der Gewinnung von Solidarität zustande. Viele Belastungen in der Rehabilitationseinrichtung können einfach deshalb nicht angesprochen werden, weil jeder der Beteiligten denkt, er bzw. sie sei als einziger oder einzige davon betroffen und es sei ein Anlaß zur Beschämung, wenn man darüber spräche. So graute allen Schwestern davor, sich auf der Intensivstation in den letzten Lebensminuten in der Nähe von Sterbenden aufzuhalten. Aber erst als wir in der Supervision darüber sprachen, merkten sie, daß es ihnen allen so ging, während bis zu diesem Tag alle gemeint hatten, sie seien die einzigen, die diese Unheimlichkeit empfänden.

(13) Bildung kleinerer Einheiten

Viele Rehabilitationseinrichtungen und Krankenhäuser expandieren über viele Jahre hinweg und schaffen sich immer größere Abteilungen, ohne sich über die Folgen Klarheit zu verschaffen, die dies für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hat. Oder es wird ein Klinikum gleich von Anfang an auf gigantische Ausmaße ausgelegt und verursacht dann tiefes Unbehagen.

Viel Ungemach und Überlastung rührt dann daher, daß die Patienten den Ärzten und dem Pflegepersonal wie eine anonyme, fremde Masse Menschen erscheinen. Wenn es hier gelingt, Untergliederungen zu schaffen, erzielt man oft mit kleinen Maßnahmen große Wirkungen. Mir selbst ist es auf diese Weise in der Supervision einmal gelungen, eine wirkliche Entlastung zu erzielen. Das vierköpfige Team einer Tagesklinik fühlte sich durch die Patienten stark belastet. Ich empfahl, jedem der Helfer ein Viertel der Patienten persönlich zuzuordnen. Gleichzeitig nahmen natürlich alle vier Helfer weiter alle notwendigen Funktionen für alle Patienten wahr. Aber das Gefühl der Anonymität verschwand.

(14) Räumliches Zusammenrücken

Viel Sprachlosigkeit kommt daher, daß zu große Funktionseinheiten zu weit voneinander entfernt sind. In Kliniken bestehen hier meist wenig Spielräume, da bereits in Architektur sowie in der Funktionszuordnung der Gebäude und Etagen irreversible Festlegungen vorliegen. Vielleicht haben aber Klinikleitungen, wenn sie schon nicht kleinere Einheiten bilden können, jedenfalls doch die Möglichkeit, die Bildung zu großer Einheiten zu verhindern. Eine notwendige Funktion sicherzustellen ist leicht, ihr eine menschliche Form zu geben erfordert ganz andere Anstrengungen. Es bewahrheitet sich hier die These von Schumacher "Small is beautiful", d.h. es gibt eine optimale Größe von Funktionseinheiten, die nicht mit den vordergründig zweckmäßigsten identisch sind.

(15) Pflege einer Gesprächskultur

Es ist dank der neuen Medien sehr einfach geworden, persönlichen Kontakt zu umgehen: schreiben, telefonieren, eine Vorlage machen, einen Entwurf schreiben, mal eben ein Fax schicken - das alles ersetzt den Besuch im Schwesternzimmer, im Arztzimmer, in der Nachbarstation und in der Nachbarabteilung, den kleinen Plausch im Türrahmen und die Beziehungspflege. Kopierer, Fahrstuhl und Kantine entwickeln sich so zu den eigentlichen Orten kleiner informeller Gespräche, aber immer unter den Augen mitanwesender Dritter und mit der Zeitbegrenzung, die sich aus der Tätigkeit selbst ergibt.

In vielen Organisationen hat man früher penibel darüber gewacht, daß die Kaffeepausen nicht überzogen wurden. Heute geht man den entgegengesetzten Weg: Man richtet Teestuben, Kommunikationsecken und Sitzgruppen ein, die dazu auffordern, daß Mitarbeiter informell Zeit miteinander verbringen. Denn man weiß: In diesen informellen Kontakten, die der der Rationalisierung verpflichteten Arbeitsplatzgestaltung zum Opfer gefallen sind, wird doch von den betrieblichen Dingen gesprochen, und bei diesen Gelegenheiten werden viele Dinge geklärt, bereinigt und entschieden, die auf dem Dienstweg viel zu lange dauern würden.

(16) Wechselseitige Praktikumstage

Ich war einmal eine Woche lang Gast in einer großen internationalen Institution und hatte Gelegenheit, mich mit zahlreichen Kolleginnen und Kollegen zu unterhalten. Am Ende dieses Aufenthaltes schlug ich vor, alle Mitarbeiter sollten bald nach Dienstantritt einmal einen Praktikumstag an der Pforte, in der Kopierstelle, im Schreibbüro, in der Botenmeisterei der Poststelle und der Fahrbereitschaft verbringen, um einmal von innen zu erfahren, wie es da zugeht. Der Vorschlag wurde mit großer Zustimmung aufgenommen und nie in die Tat umgesetzt. Aber gerade darauf kommt es an: Die Tätigkeiten der anderen Funktionseinheiten von innen heraus kennenzulernen, denn nur von innen heraus lernt der Betrachter die innere Logik der Vorgänge, die Sachzwänge und subjektiven Bewertungen, die gängigen Interpretationsmuster und Problemlösungen kennen. Er kann sich dann auf sie einstellen.

(17) Unterstützungssitzungen im Team

Unterstützungssitzungen sind wiederkehrende Gespräche in Teams, in denen es weder um die Analyse von Problemen noch um gegenseitige Korrektur oder Supervision geht. Vielmehr ist das einzige Thema: Wie kann ich ihr und ihm das Leben leichter machen? Was kann ich zu ihrer und seiner Motivation, Arbeitsfreude, Anerkennung und positiven Selbsteinschätzung beitragen?

Maynard (1985) beschrieb, daß Ärzte und Pflegepersonal ihre Gefühle oft unterdrücken und maskieren, um ihre Arbeit mit Patienten ordentlich leisten zu können. Eine entgegengesetzte positive Erfahrung machte ich in einer Supervisionsgruppe. Bei der Supervision einer Intensivstation wurde immer wieder sichtbar, wie die Ärztinnen und Ärzte sich darum bemühten, beim Pflegepersonal um Verständnis für ihre Entscheidungen

und Maßnahmen zu werben. Der Konflikt schien struktureller Art zu sein. Die Ärzte wollten oft noch dieses und jenes ausprobieren, um den Patienten zu retten. Sie entwarfen öfter auch Strategien, die beim Pflegepersonal auf Unverständnis stießen und Kommentare wie "Reine Zeitverschwendung!", "Nutzlose Quälerei!", "Der will doch nur mal die ganze Palette der Mittel durchprobieren!" hervorriefen. Das Pflegepersonal neigte dazu, eher mit weniger Aufwand und Hektik die Patienten einfach zu pflegen - in aufmerksamer, sorgender Art. Aber die Erklärungen der Ärzte führten dazu, daß die Krankenschwestern in einigen Fällen entgegen ihrer anfänglichen Skepsis doch Enthusiasmus für die verschiedenen keineswegs widerspruchsfreien Strategien der Lebensrettung entwickelten und aktiv an ihnen mitzuarbeiten begannen. Manchmal traten danach tatsächlich überraschende Besserungen ein.

(18) Verpflichtung in der Vorgesetztenfunktion

Man sagt sehr zutreffend, wenn in einer Klinik Probleme auftreten: "Der Fisch stinkt vom Kopf her!", d.h., Mißstände entstehen an der Spitze und werden geduldet oder nicht bekämpft; oder Vorgesetzte gehen mit schlechtem Beispiel voran. Wenn also die Kommunikation zwischen Stationen der Klinik schlecht ist und gegenseitig Mißachtung herrscht, lohnt es sich, daß alle Vorgesetzten sich selbst fragen: Geben wir selbst mit abfälligen Bemerkungen oder Unterstellungen ein schlechtes Vorbild und setzen wir selbst damit für unsere eigenen Leute ein Signal, das lautet: "Hier ist es erlaubt oder gar erwünscht, andere Abteilungen zu bespötteln und Schlechtes von ihnen zu erwarten." Das heimliche Zündeln wird gewiß bald zu einem nicht mehr löschbaren Schwel- oder Flächenbrand führen.

(19) Variabilität in Arbeitszeit und Gehalt

Viele Mitarbeiter sind durch eine volle Arbeitszeit aus den verschiedensten Gründen überfordert, sei es, daß sie der Belastung nicht standhalten, daß sie familiär zu viele Verpflichtungen haben oder sich in einer sehr herausfordernden Fortbildung befinden. Es ist also wünschenswert und hat sich in einigen Institutionen bewährt, Teilzeitarbeitsplätze zu schaffen, die nicht nur in halben oder viertel vollen Stellen bestehen, sondern so eingerichtet werden, wie der Mitarbeiter sich die Arbeitszeit wünscht. Dies ist mit Kosten und mit vermehrtem Verwaltungsaufwand verbunden, trägt aber dazu bei, daß eine Überlastung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern seltener eintritt.

(20) Supervision

Viele Fragen, die den Umgang mit dem Behinderten, die interne Zusammenarbeit oder die Kontakte mit anderen Stationen und Abteilungen angehen, sind leichter zu klären, wenn sie in Gegenwart eines Supervisors behandelt werden. Supervision ist die psychosoziale Beratung von Personen, die die Klärung ihrer beruflichen Identität im Kontext von Klienten, Kollegen und Situation, Familie und Gesellschaft sowie die Bewahrung und Steigerung ihrer beruflichen Handlungskompetenz anstreben. Supervision wird heute als unerlässlich angesehen, denn in den Helferberufen, aber auch in der Verwaltung lernt man nie aus und erreicht nie einen Zustand dauerhafter Souveränität. Die Begegnung mit Menschen ist für den, der sie aufmerksam wahrnimmt, immer so facettenreich, daß manches daran stets bedenkenswert und fragwürdig ist. Ein Gespräch, das man gestern noch erfolgreich geführt hat, mag heute schon bei allen Beteiligten Unzufriedenheit zurücklassen. Sichere Professionalität geht manchmal unmerklich in Routine und Kälte über und erfüllt dann den bemühten, aber ermüdeten Helfer mit Gefühlen der Enttäuschung. Unvorhergesehene Situationen, in denen es der Helfer an der notwendigen Geistesgegenwart fehlen läßt, führen bisweilen zu Ratschlägen oder Entscheidungen, die für alle Beteiligten Nachteile mit sich bringen.

Während man früher Supervision nur für Berufsanfänger vorsah, wählen heute auch erfahrene Helferinnen und Helfer mit langjähriger Berufspraxis, die ihren Alltag durchaus erfolgreich meistern, diese Form der sozialen Unterstützung. Supervision verliert damit den Charakter der Entwicklungshilfe für schwache Kandidaten im Berufsfeld. Sie dient zunehmend der regelmäßigen Entlastung, Entsorgung und Korrektur tüchtiger Helfer, wie man heute auch bei der Autopflege nicht mehr auf die Panne wartet, sondern regelmäßige Wartungen vornimmt, um ihr zuvorzukommen.

Was Supervision ist und wie man sie durchführt, auch welche berufliche und psychohygienische Funktionen sie übernimmt, darüber brauche ich in einem Klinikkreis gewiß nichts zu sagen. Empirisch belegt ist die Tatsache, daß neben einer befriedigenden Partnerschaft und eigenen Kindern Supervision das wichtigste Entlastungsmoment für Helferinnen und Helfer ist. Ich habe mir aber angewöhnt, im Kreis von Helfern, die eine Supervision anstreben, sieben Forderungen zu empfehlen, die angehende Supervisanden stellen können:

- (1) Die Supervision soll von der Institution bezahlt werden.
- (2) Sie findet während der Arbeitszeit statt.
- (3) Sie umfaßt maximal 10 Personen.
- (4) Sie findet außerhalb der Institution statt.
- (5) Sie umfaßt einen Tag pro Monat oder einen halben Tag alle 2 Wochen.
- (6) Der Supervisor wird von den Supervisanden selbst gewählt.
- (7) Jedes Thema ist willkommen.

Das wird nicht immer alles in vollem Umfang durchsetzbar sein, ist aber eine vernünftige Ausgangsposition für Verhandlungen.

(21) Coaching

Manche Vorgesetzte ermöglichen dem Team Supervision, an der sie selbst aus guten Gründen nicht teilnehmen, und bevorzugen für sich selbst das Coaching, also das regelmäßige Gespräch mit einem Fachmann unter vier Augen. Denn nicht alles, was man denkt und konzeptionell zu entwickeln beginnt, verträgt schon gleich in statu nascendi die öffentliche Diskussion. Coaching ist die Beratung des Vorgesetzten bei den Themen, die ihn im Arbeitsprozeß besonders herausfordern oder belasten:

- ◆ Personalführung
- ◆ Aufbau und Erweiterung einer Abteilung oder Station
- ◆ Zusammenarbeit mit Kollegen und anderen Abteilungen
- ◆ Evaluation der eigenen Arbeit.

Das Coaching findet unter vier Augen statt, und vieles, was der Vorgesetzte mit dem Coach bespricht, ist noch vorläufig, wird erst hier durchdacht und bedarf daher noch der Vertraulichkeit. Seine besondere Stärke liegt darin, den Arbeitsprozeß über eine längere Zeit hinweg, ein Jahr oder mehr, kontinuierlich zu begleiten, um das, was man gemeinsam erarbeitet, in seinen Auswirkungen studieren zu können.

(22) Moderation

Andere Vorgesetzte bevorzugen für sich und ihr Team eine regelmäßige Moderation. Sie sprechen also im Abstand von ein bis drei Monaten über alles, was in ihrem Arbeitsbereich an aktuellen, liegegebliebenen und entscheidungsbedürftigen Themen anliegt, regelmäßig in Gegenwart eines externen Moderators, der für ein konstruktives Gesprächsklima und eine zügige Verhandlung sowie das rasche Auffinden konsensfähiger

Bereiche sorgt. Solche Sitzungen zeichnen sich meist durch hohe Effizienz und eine hohe Zufriedenheit aller Beteiligten aus.

(23) Intergruppen-Verhandlung

Wenn zwischen verschiedenen Abteilungen oder Stationen das Gespräch zum Erliegen gekommen ist, so empfiehlt sich oft eine sog. Intergruppen-Verhandlung zwischen den Abteilungen, Stationen oder Gruppen. Auch hier ist die Hinzuziehung eines externen Moderators förderlich, der selbst nicht Partei ist, aber zwischen den Gruppen das Gespräch anregt, in wechselnden Gruppierungen für Fortschritte in den Betrachtungsweisen sorgt und lösungsorientiert interveniert.

(24) Systemberatung

Mittel- und langfristige Planung in einer Klinik läßt sich nicht in einzelnen Teams leisten, sondern muß stations- und abteilungsübergreifend erfolgen. Das geeignete Instrument ist hier die Systemberatung. Unter Systemberatung verstehe ich Beratung, Prozeßbegleitung und Unterstützung von Einrichtungen sowie Abteilungen derselben bei Fragen ihres institutionellen Handelns in allen Phasen der Kontraktformulierung, Planung, Entscheidung und Realisierung. Systemberatung ist bestrebt, der Institution und den ihr beschäftigten Personen zu dienen sowie weitergehende Konsequenzen ihrer Klärungshilfe jedenfalls in Betracht zu ziehen. Zu ihren Werten gehören Autonomie, Interaktion und Akzeptanz der Beteiligten sowie Transparenz und Konsens der Meinungsbildung und Entscheidungen.

Das mag für Helferinnen und Helfer, die vorrangig mit der Behandlung von Individuen befaßt sind, zunächst überraschend erscheinen, daß sich für sie die Notwendigkeit ergeben könnte, sich so in institutionelle Zusammenhänge einzuarbeiten. Aber so geheimnisvoll ist dieses Terrain nicht. Ich will es anhand von ein paar Beispielen anschaulich machen.

- ◆ Das Team einer Tagesklinik entwickelt Gedanken darüber, wie es sich bei der nächsten Gesamtkonferenz der Klinik mit seiner Funktion und Leistungsfähigkeit darstellen will.
- ◆ Eine Klinikabteilung bedenkt, mit welchen Schritten, auf welchen Kanälen, in welchen Formen der Zusammenarbeit mit der Verwaltung sie erreichen kann, daß eine absehbare personelle Unterversorgung der Patienten kurzfristig behoben wird.
- ◆ Oberarzt und Pflegedienstleiterin, bisher miteinander zerstritten, konferieren darüber, wie den als begründet angesehenen Patientenklagen durch Änderungen im Pflegeplan und im Rhythmus des Arztbesuchs Rechnung getragen werden kann.
- ◆ In einer geriatrischen Abteilung beraten die Schwestern darüber, welcher Grad an Aktivierung der Patienten therapeutisch dienlich, realisierbar und mit ihrem eigenen Selbstverständnis vom Beruf der Krankenschwester vereinbar ist.
- ◆ Ärzte und Psychologen einer Klinik beschließen eine wöchentliche gemeinsame Sitzung, die der Information über interne Vorgänge, Absprachen über akute Fragen der Zusammenarbeit und der Fortbildung dienen soll.

Weitere Themen können Personalplanung, Fortbildungsangebote für die gesamte Einrichtung sowie die Antizipation zukünftiger Probleme sein.

In allen diesen Fällen spielen natürlich auch Fragen der beteiligten Persönlichkeiten sowie Gruppen und Gruppenzugehörigkeiten eine Rolle. Aber aus der Dialektik von Person und Institution sowie Gruppe und Institution ergeben sich andersartige Lösungen als bei einer Personalisierung oder Gruppenzuschreibung der Probleme. Es eröffnen sich auch andersartige Gestaltungsräume und Zukunftsperspektiven.

Ich lade Leserinnen und Leser dieser Zeilen noch einmal ein, wenn sie eine dieser 24 soeben aufgezeigten Möglichkeiten der Belastungsprophylaxe oder Belastungsrehabilitation ergreifen, so besteht gute Aussicht, daß sie für ihre Mitarbeiter und Kollegen und auch für sich selbst förderliche Arbeitsbedingungen herzustellen vermögen.

Anschrift des Autors:

Jörg Fengler
UNIVERSITÄT ZU KÖLN
Seminar für Heilpädagogische Psychologie und Psychiatrie
50931 Köln, Frangenheimstr. 4
Tel. 0049/221/470 2958

Privat:

53347 Alfter-Oedekoven
Zur Schneidemühle 6
Tel. 0049/228/645333

Literatur

Anstötz, Ch.: Wie "ausgebrannt" sind Geistigbehindertenpädagogen wirklich? - Eine empirische Studie zum Thema Burnout. In: Behindertenpädagogik, 26, (1), 49-58, 1987

Anstötz, Ch.: Burnout bei Lehrern für Geistigbehinderte? - Eine Ergänzungsstudie zum Beitrag in BHP 26 (1987) 1 (Wie "ausgebrannt" sind Geistigbehindertenpädagogen wirklich?). In: Behindertenpädagogik, 26, (3), 286-289, 1987

Apenburg, E.; Kuhn, K.: Berufliche Belastungen, soziale Unterstützung und Gesundheit. Wuppertaler Psychologische Berichte, Nr. 4, 1985

Arana, G.W.: The impaired physician: A medical and social dilemma. In: General Hospital Psychiatry, 4, (2), 147 - 153, 1982

Aronson, E. et al.: Ausgebrannt. Vom Überdruß zur Selbstentfaltung. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart, 1983

Bartusis, M.A.: Spouses of women psychiatrists. Psychiatric Annals, 7, (4), 190 - 196, 1977

Bates, E.: Doctors and their spouses speak: Stress in medical practice. In: Sociology of Health & Illness, 4, (1), 25 - 39, 1982

Bernhard, P.: Spaltungsprozesse in der institutionellen Zusammenarbeit eines psychotherapeutischen Teams. In: Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik, 29, (6), 282 - 289, 1984

Birmingham, P.K.; Ward, R.J.: A high-risk suicide group: The anesthesiologist involved in litigation. In: American Journal of Psychiatry, 142, (10), 1225 - 1226, 1985

Brenner, S.O.; Sorbom, D.; Wallius, E.: The stress chain: A longitudinal confirmatory study of teacher stress, coping and social support. In: Journal of Occupational Psychology, 58, (1), 1-13, 1985

Bressler, B.: Suicide and drug abuse in the medical community. In: Suicide: A Quarterly Journal of Life Threatening Beh., 6, (3), 169 - 178, 1976

- Cherniss, C.: Stress, burnout and the special services provider. In: *Special Services in Schools*, 2, (1), 45-61, 1985
- Christensen, C.P.: Effects of cross-cultural training on helper response. In: *Counselor Education & Supervision*, 23, (4), 311-329, 1984
- Constable, J.F.; Russell, D.W.: The effect of social support and the work environment upon burnout among nurses. In: *Journal of Human Stress*, 12, (1), 20 - 26, 1986
- Crane, S.J.; Iwanicki, E.F.: Perceived role conflict, role ambiguity, and burnout among special education teachers. In: *Remedial & Special Education*, 7, (2), 24-31, 1986
- Cronin-Stubbs, D.; Brophy, E.B.: Burnout: Can social support save the psych nurse? In: *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 23, (7), 8 - 13, 1985
- Csikszentmihalyi, M.: *Das Flow-Erlebnis*. Verlag Klett-Cotta, Stuttgart, 1987
- De Frank, R.S.; Stroup, C.A.: Teacher stress and health: Examination of a model. In: *Journal of Psychosomatic Research*, 33, (1), 99-109, 1989
- Duxbury, M.; Armstrong, G.D.; Drew, D.J.; Henly, S.J.: Head nurse leadership style with staff nurse burnout and job satisfaction in neonatal intensive care units. In: *Nursing Research*, 33, (2), 97 - 101, 1984
- Emener W.G. et al.: A theoretical investigation of the construct burnout. In: *Journal of Rehabilitation Administration*, 6 (4), 188-196, 1982
- Enzmann, D.; Kleiber, D.: *Helfer - Leiden*. Asanger-Verlag, Heidelberg, 1989
- Fengler, J.: Von der Einzelberatung zur Systemberatung - Etappen meines Lernprozesses in der Arbeit mit Institutionen der psychosozialen Versorgung. In: *Organisations-Entwicklung. Zeitschrift der Gesellschaft für Organisations-Entwicklung e.V.*, 5. Jahrg. 1986, 4, S. 33 - 44
- Fengler, J.: *Hörgeschädigte Menschen. Beratung, Therapie und Selbsthilfe*. Kohlhammer, Stuttgart, 1987
- Fengler, J.: *Helfen macht müde. Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation*. Pfeiffer Verlag, München, 1991, 3. wesentlich erweiterte Aufl. 1994
- Fengler, J. und Jansen, G.: *Handbuch der Heilpädagogischen Psychologie* (Hrsg.). Kohlhammer, Stuttgart, 2. wesentlich erweiterte Auflage 1994
- Fimian, M.J.; Pierson, D.; Mc Hardy, R.: Occupational stress reported by teachers of learning disabled and non-learning disabled handicapped students. In: *Journal of Learning Disabilities*, 19, (3), 154-158, 1986
- Finlay-Jones, R.: Factors in the teaching environment associated with severe psychological distress among school teachers. In: *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 20, (3), 304-313, 1986
- Freudenberger, H.J.: Das Erschöpfungssyndrom von Mitarbeitern in alternativen Einrichtungen. In: Petzold, H.; Vormann, G. (Hrsg.) *Therapeutische Wohngemeinschaften, Erfahrungen, Modelle, Supervision*. Pfeiffer Verlag, München, 88-104, 1980

- Garvey, M.; Tuason, V.B.: Physician marriages. In: *Journal of Clinical Psychiatry*, 40, (3), 129 - 131, 1979
- Goldberg, M.: Conjoint therapy of male physicians and their wives. In: *Psychiatric Opinion*, 12, (4), 19 - 23, 1975
- Green, R.C.; Carroll, G.J.; Buxton, W.D.: Drug addiction among physicians: The Virginia experience. In: *Journal of the American Medical Association*, 236, (12), 1372 - 1375, 1976
- Greenglass, E.R.; Pantony, K.L.; Burke, R.J.: A gender-role perspective on role conflict, work stress and social support. Special issue: Work and family: Theory, research and applications. In: *Journal of Social Behavior & Personality*, 3, (4), 317-328, 1988
- Harris, B.A.: Not enough is enough: The physician who is dependent on alcohol and other drugs. In: *New York Journal of Medicine*, 86, (1), 2 - 3, 1986
- Holt, P.; Fine, M.; Tollefson, N.: Mediating stress: Survival of the hardy. In: *Psychology in the Schools*, 24, (4), 141-152
- Hunter, K.; Jenkins, J.Q.; Hampton, L.A.: Burnout among Providers of emergency and health care. In: *Crisis Intervention*, 12, (4), 141 - 152, 1982
- Izraeli, D.N.: Burning out in medicine: A comparison of husbands and wives in dual-career couples. Special issue: Work and family: Theory, research and applications. In: *Journal of Social Behavior and Personality*, 3, (4), 329 - 346, 1988
- Jones, J.W.: Dishonesty, burnout and unauthorized work break extensions. In: *Personality and Social Psychology Bulletin*, 7, (3), 406 - 409, 1981
- Kemper, J.: *Alternde und ihre jüngeren Helfer*. Ernst Reinhardt Verlag, München, 1990
- Kremer, L.; Hofmann, J.E.: Teachers' professional identity and burnout. In: *Research in Education*, 34, 89-95, 1985
- Kyriacou, C.; Pratt, T.: Teacher stress and psychoneurotic symptoms. In: *Brit. Journal of Educational Psychology*, 55, (1), 61-64, 1985
- Maynard, E.D.: The intervener: Managing personal crisis. In: *Emotional First Aid: A Journal of Crisis Intervention*, 2, (3), 39 - 46, 1985
- Medway, F.J.; Forman, S.G.: Psychologists' and teachers' reactions to mental health and behavioral school consultation. In: *Journal of School Psychology*, 18, (4), 338-348, 1980
- Moore, A.C.: Well-being and the woman psychiatrist. In: *Journal of Psychiatric Treatment & Evaluation*, 4, (5), 437 - 439, 1982
- Morgan, S.R.; Krehbiel, R.: The psychological condition of burned out teachers with a nonhumanistic orientation. In: *Journal of Humanistic Education & Development*, 24, (2), 59-67, 1985
- Morgan, S.R.; Reinhart, J.A.: Training as a factor contributing to burnout in teachers of emotionally disturbed children. In: *Education*, 106, (2), 185-192, 1985

- Myers, M.F.: Overview: The female physician and her marriage. In: American Journal of Psychiatry, 14, (11), 1386-1391, 1984
- Nagy, S.; Davis, L.G.: Burnout: A comparative analysis of personality and environment variables. In: Psychological Reports, 57, (3), 1319-1326, 1985
- Nestmann, F.: Die alltäglichen Helfer. De Gruyter Verlag, Berlin, New York, 1988
- Notman, M.T.: Suicide in female physicians. In: Psychiatric Opinion, 12 (4), 29 - 30, 1975
- Patrick, P.K.: Self-preservation: Confronting the issue of nurse impairment. In: Journal of Substance Abuse Treatment, 1, (2), 99 - 105, 1984
- Pearson, M.M.: Drug and alcohol problems in physicians. In: Psychiatric Opinion, 12, (4), 14 - 18, 1975
- Pierson-Hubeny, D.; Archambault, F.X.: Role stress and perceived intensity of burnout among reading specialists. In: Reading Works, 24, (4), 41-52, 1985
- Pitts, F.N.; Schuller, A.B.; Rich, C.L.; Pitts, A.F.: Suicide among U.S. women physicians, 1967 - 1972. In: American Journal of Psychiatry, 136 (5), 694 - 696, 1979
- Rafferty, J.P. et al.: Validity of the Maslach Burnout Inventory for family practice physicians. In: Journal of Clinical Psychology, 42, (3), 488 - 492, 1986
- Reimer, Ch.; Doenges, S.: Arzt und Suizid. In: Psychiatrica Fennica, 69 - 74, 1981
- Reimer, Ch.; Freisfeld, A.: Einstellungen und emotionale Reaktionen von Ärzten gegenüber Alkoholikern. In: Therapiewoche, 34, (22), 3514 - 3520, 1984
- Rich, Ch.L.; Pitts, F.N.: Suicide by male Physicians during a five-year period. In: American Journal of Psychiatry, 136, (8), 1089 - 1090, 1979
- Rich, Ch.L.; Pitts, F.N.: Suicide by psychiatrists: A study of medical specialists among 18.730 consecutive physician deaths during a five-year period, 1967 - 72. In: Journal of Clinical Psychiatry, 41, (8), 261 - 263, 1980
- Roy, A.: Suicide in doctors. In: Psychiatric Clinics of North America, 8, (2), 377 - 387, 1985
- Russel, D.W.; Altmeier, E.; Van Velzen, D.: Job-related stress, social support, and burnout among classroom teachers. In: Journal of Applied Psychology, 72, (2), 269-274, 1987
- Simon, W.: Suicide among physicians: Prevention and postvention. In: Crisis, 7 (1), 1 - 13, 1986
- Stout, J.K.; Williams, J.M.: Comparison of two measures of burnout. In: Psychological Reports, 53, (1), 283 - 289, 1983
- Szefel, A.: Hospitalizacja psychiatrii lekarzy i innych osob wyzszyz wykształceniem. Psychiatria Polska, 16, (5-6), 383-388, 1982
- Thompson, J.W.: Burnout in group home houseparents. In: American Journal of Psychiatry, 137, (6), 710-714, 1980
- Ullrich, A.: Krebsstation - Belastungen der Helfer. Verlag Peter Jany, Frankfurt, 1989

Vaillant, G.E.; Sobowale, N.C.; McArthur, C.: Some psychologic vulnerabilities of physicians. In: New England Journal of Medicine, 287 (8), 372 - 375, 1972

Vincent, M.O.: Doctor and Mrs.: Their mental health. In: Canadian Psychiatric Association Journal, 15 (5), 509 - 515, 1969

Wallius, E.: Work, health and well-being for teachers in Swedish comprehensive schools: X. Teacher stress: Theory and research. In: Stressforskningsrapporter (Stress Research Reports), 161, S. 39, 1982