

**Verband Freier Psychotherapeuten, Heilpraktiker für
Psychotherapie und Psychologische Berater**

**Projektarbeit zur Erlangung des Zertifikats
„geprüfter psychologischer Berater (VFP)“**

Thema:

**„Begleitung eines Freundes mit einer ängstlich
vermeidenden Persönlichkeitsstörung
(ICD-10: F60.6) durch einen Burnout Prozess“**

Inhalt

1. Vorwort	3
2. Aufbau der Projektarbeit	4
3. Die Vorgeschichte (Familienanamnese, Kindheit und Jugend)	5
4. Erste Verdachtsdiagnose (retroperspektiv)	6
4.1 Das klinische Bild einer ängstlich vermeidenden Persönlichkeitsstörung (ICD-10:60.6).....	6
5. Der weitere Berufsweg und der erste Einsatz von Psychopharmaka (Aurorix)	8
6. Beginn der akuten Krise 2013	9
7. Meine Intervention zu Beginn der akuten Krise 2013	10
7.1 Die Grundhaltung der klientenzentrierten Psychotherapie nach Carl Rogers	10
7.2 Nützliche Elemente aus der Psychoedukation	11
7.3 Grundzüge der kognitiven Verhaltenstherapie nach Aaron Beck und Albert Ellis....	11
7.4 Einsatz von Venlafaxin als Phasenprophylaktikum	12
8. Weitere Entwicklung der Krise zum „Burnout“	13
8.1 Die Phasen des Burnouts nach Freudenberger & North	14
9. Die Intervention vor dem Eintritt der depressiven Manifestation	16
10. Der stationäre Klinikaufenthalt zu Beginn 2014	17
11. Nach der Klinik – Sommer 2014	17
12. Die aktuelle Situation 2015	18
13. Diskussion und Reflexion des Falls	18
14. Literatur.....	20
15. Erklärung	21
16. Anhang.....	22

1. Vorwort

„Nichts lähmt die Flügel der Seele so sehr wie Angst.“

Andreas Tenzer

Diese Projektarbeit ist ein Teil der Zertifizierung zum psychologischen Berater im ‚Verband freier Psychotherapeuten, Heilpraktiker für Psychotherapie und Psychotherapeutische Berater‘ (VFP) in Deutschland. Von Haus aus bin ich Dipl.-Wirtschaftsingenieur (KIT) und arbeite seit nunmehr über 20 Jahre in Führungspositionen in der IT und dabei seit vielen Jahren im Vertrieb und Management. Seit 2007 habe ich parallel zum Beruf eine eigene Beratungsfirma, die sich bis dato mit fachspezifischen Themen wie Vertriebsstrategie, Go-To-Market Strategien, Außendienstorganisation, Pitch und Marketingstrategie etc. befasst. Bereits mit 17 Jahren habe ich durch die Ausbildung zum Chor- und Übungsleiter meine Leidenschaft zur Lehre entdeckt und bis heute einige berufliche als auch außerberufliche Engagements daraus umgesetzt. Empathie und die Liebe mit Menschen zu arbeiten war damals und ist auch heute ein wichtiges Element meiner Arbeit, wengleich sie neben Licht auch bisweilen Schatten hat.

In meiner beruflichen Laufbahn konnte ich große, kleine, alte und sehr junge Unternehmen als auch Menschen kennenlernen. Unsere Marktwirtschaft ist nach außen voller Tatendrang und ohne Angst und Zweifel. Die Menschen, die dort arbeiten, scheinen das oft auf den ersten Blick auch zu sein oder zumindest viele davon geben vor, das zu sein. Vielleicht ist es aber auch systemimmanent, da es durch personellen Nachschub immer wieder zu einer auch personellen Verjüngung der Unternehmen kommt und die Jugend stets den Anschein von Energie und Unbeschwertheit mit sich bringt.

Mit dieser stetigen Erneuerung geht die Erwartungshaltung nach schier unerschöpflicher Energie einher – getrieben durch die Unternehmen, aber auch durch Model-Lernen (Modell-Lernen?) der Menschen untereinander. Menschen, die da nicht mitkommen oder einem subjektiven Ideal nicht entsprechen, geraten schnell unter vielfältigen Druck und gehen auf ganz unterschiedliche Art und Weise mit dem Druck um. Manchen Menschen gelingt es besser, den geforderten Drehzahlen der Chefs oder Anteilseigner standzuhalten, manch anderen nicht. Vielen diesen Menschen ist gemein, eine bisweilen mehr oder weniger präsenste und spezifizierbare Angst zu erdulden. Auch ich blieb davon nicht immer verschont und habe meine Selbsterfahrungen machen müssen.

Sicher waren daher auch meine Selbsterfahrungen motivierende Gründe, warum ich mich in den letzten Jahren zunächst außerberuflich mit den Inhalten der Psychiatrie und Psychotherapie beschäftigt habe. Dadurch kam ich letztlich in einigen eigenen, aber auch zwischenmenschlichen Situationen in die Lage, nicht nur intuitiv, sondern mehr und mehr auf Basis von Wissen um die Zusammenhänge, Menschen helfen zu können. Letztlich soll das auch die Basis für meine professionelle Arbeit an dem Thema sein.

Eine über Jahrzehnte andauernde Begleitung eines guten Freundes ist hier die Grundlage dieser Arbeit. „Danke“ sagen will ich hier an der Stelle ganz besonders ihm, denn es gehört viel Mut dazu, sich seinen Ängsten und seiner Persönlichkeitsstruktur in der Form zu stellen wie er es tut. Dafür gebührt ihm mein voller Respekt und umfassende Wertschätzung.

2. Aufbau der Projektarbeit

Die vorliegende Projektarbeit ist etwas anders aufgebaut als die meisten anderen wissenschaftlichen Arbeiten, die ich bisher gelesen oder geschrieben habe. Ich habe mich jedoch ganz bewusst für diese Art des Aufbaus entschieden. Der Ansatz dieser Arbeit ist eine über Jahre hinweg andauernde Hilfestellung. Diese Begleitung wird am heutigen Tag in einer Retroperspektive analysiert. Ich agiere damit innerhalb der Arbeit jeweils an Ort und Stelle des Geschehens, analog einer therapeutischen Beratung bzw. eines Coachings – zugegebener Weise zum Teil „handwerklich“ mit den mir gerade zu Beginn meiner Begleitung eher nur intuitiv zur Verfügung stehenden analytischen Tools. Betrachtet werden diese Mittel und die Erkenntnisse dann jedoch auch aus der heutigen Position, in der ich einiges mehr an Wissen ansammeln konnte, um die einzelnen Erlebnisse und Erfahrungen besser einschätzen zu können.

Es steht im Aufbau dieser Arbeit daher nicht im Vordergrund, zunächst theoretisches Wissen zu vermitteln, sondern vielmehr das jeweilige Wissen und meine „zeitgenössischen“ Fähigkeiten genau zum Zeitpunkt des Geschehens wirken zu lassen und sie aus der heutigen Sicht zu interpretieren. Zudem entspricht dies viel mehr dem Ablauf einer Beratung oder einer Therapie, dass der Fall schließlich einen realen Hintergrund hat und kein fiktiver Fall ist.

Daher versuche ich, an den entsprechenden Meilensteinen in das zeitlich dann vorherrschende Thema und die Problematik einzugehen und jeweils dort Wissen, Interpretation und Ableitungen zu erarbeiten. Am Ende der Arbeit werde ich mich gesamthaft kritisch mit den Ergebnissen und den Folgerungen auseinandersetzen.

3. Die Vorgeschichte (Familienanamnese, Kindheit und Jugend)

Bei der zu besprechenden Person handelt es sich um einen heute 48-jährigen Mann, verheiratet, ein Kind. Nennen wir ihn im Weiteren kurz Alex. Er ist mir seit dem sechzehnten Lebensjahr persönlich bekannt. Sein leiblicher Vater hat relativ früh die Familie verlassen, die Mutter danach wieder geheiratet. In der neuen elterlichen Beziehung gab es erhebliche Konflikte, die in der häuslichen Umgebung auch vor den Kindern – der Betroffene hat noch eine Schwester – offen ausgetragen wurden. Insbesondere wurde die Vaterrolle vom neuen Partner der Mutter nicht übernommen. Alex litt darunter sehr, da ihm komplett die stützende und richtungsgebende Rolle eines Vaters fehlte. Es ist durchaus denkbar, dass sich Alex bereits im Kindesalter einen Teil der Schuld für die Trennung der Eltern gegeben hat. Dieses Verhalten lässt sich oft bei Scheidungskindern beobachten und kann sich später zu entsprechenden Störungen entwickeln. Die Mutter war stets bestrebt, die Fassade eines hohen Lebens- und Bildungsstandards nach außen zu präsentieren, nicht zuletzt da der neue Mann beruflich in der lokalen Öffentlichkeit stand. Dies projizierte sich auch auf die Erwartungshaltung gegenüber dem Freund, welcher als Kind und später in der Jugend einem entsprechend hohen Leistungsdruck durch die Mutter ausgesetzt war. Alex hat nach der Schule eine Lehre zum KFZ-Meister erfolgreich abgeschlossen und ist dann in den ausbildenden Automobil-Konzern eingetreten. Damit blieb er jedoch vermutlich hinter den beruflichen Erwartungen der Mutter zurück.

Es ist festzuhalten, dass Alex während seiner Kindheit und Jugend im familiären Bereich wenig Selbstvertrauen oder Bestätigung erfahren hat. Das, was er beruflich erreicht hatte, wurde nicht entsprechend gewürdigt. Das „Ergebnis“ blieb insbesondere hinter den Erwartungen der ehrgeizigen Mutter zurück, die sich für den Sohn sicher „mehr vorgestellt hat“. Die etwas jüngere Schwester schien zu dieser Zeit vordergründig diese Phase bis zu Adoleszenz besser zu überstehen, ist jedoch später im Erwachsenenalter alkoholkrank geworden und hat bis heute einige Therapien inklusive Entzug mit eher mäßigem Erfolg hinter sich.

Charakteristisch für Alex ist, dass er sich zunehmend in seiner Adoleszenz-Phase unsicher, gehemmt, unattraktiv und minderwertig gefühlt hat. Aus Angst vor Kritik, Zurückweisung und Verspottung mied er bisweilen soziale Kontakte oder war zumindest sehr vorsichtig. Sein geringes Selbstvertrauen wurde von anderen oft gar nicht gesehen, weil er sich nicht in den Vordergrund drängte, bescheiden, aber verlässlich war.

Er besaß zu dieser Zeit bereits eine sehr hohe Aufopferungsbereitschaft innerhalb des Bekanntenkreises und in seinen ersten Beziehungen, durch die er versucht hat, seine vermeidliche Schwäche und Minderwertigkeit zu kompensieren. Schon früh machte sich bei ihm eine belastende soziale Gehemmtheit bemerkbar, Unfähigkeitsgefühle, Überempfindlichkeit gegenüber negativer Kritik, Schüchternheit und schnelle Verunsicherung.

Er war schon zu dieser Zeit geplagt von ständigen Selbstzweifeln. Es zeigten sich seine Minderwertigkeitsgefühle bisweilen in unnötigen und letztlich meist verunglückten Versuchen, im Prinzip einfache Sachverhalte möglichst komplex auszuformulieren, um damit eine vermeidlich notwendige „Augenhöhe“ mit dem anderen Gesprächspartner zu erreichen.

4. Erste Verdachtsdiagnose (retroperspektiv)

Auf Basis dieser Anamnese und dem gezeigten Verhalten würde ich aus heutiger Sicht davon ausgehen, dass Alex bereits in dieser Lebensphase eine ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung (ICD-10, F60.6) entwickelt hatte.

4.1 Das klinische Bild einer ängstlich vermeidenden Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.6)

Zur Entwicklung der ängstlich vermeidenden Persönlichkeitsstörung nach F60.6 ist bezogen auf diesen Fall Folgendes festzuhalten: Immer häufiger werden genetische Faktoren diskutiert, vor allem eine persönlichkeitsstypische Vulnerabilität in Form innerer Unruhe, Anspannung, Nervosität und damit einhergehender mangelhafter Reagibilität, die schließlich zur erhöhten Verletzbarkeit führt. Diese genetische Prädisposition kann bei ungünstiger Kombination mit negativen psychosozialen Einflüssen im Alltag einen ursächlichen Beitrag zur Entstehung der Störung darstellen. Die bei ängstlich vermeidenden Personen stark ausgeprägten Persönlichkeitsmerkmale Neurotizismus und Introversio n gelten als vererbbar. Die Veranlagung zu Persönlichkeitsstörungen wird, so die Annahme, oftmals von Verwandten ersten Grades weitervererbt. In wieweit diese Disposition bei der Mutter oder dem Vater vorliegt, soll an dieser Stelle nicht weiter diskutiert werden, ist aber zumindest in Richtung der Mutter denkbar. Eine Pathogenese, die die Vererbung im Übermaß betont, verfügt aber gerade bei der ängstlich vermeidenden Persönlichkeitsstörung über keine ausreichende wissenschaftliche Grundlage in Form von genügend aussagekräftigen Studien und sollte daher nicht vom entscheidenden, verhaltensbezogenen Einfluss gerade der frühen Kindheit ablenken.

Die Betroffenen geraten genau wie Alex als Kinder oft in einen Konflikt zwischen Bindungs- und Autonomiebedürfnis. Einerseits sehnen sie sich nach Nähe und Sicherheit, andererseits vermeiden sie enge Beziehungen. Dieser grundlegende Konflikt der psychosozialen Entwicklung wird nicht erfolgreich gemeistert. Dieser negative Umstand wurde in diesem Fall auf Basis des frühen Wegfalls eines Elternteils und der fehlenden Kompensation der Vaterrolle durch die mangelnde Empathie des Stiefvaters zudem gefördert.

Entwickeln sich dann wie hier geschehen die jugendlichen Freunde von Alex aus Sicht der Mutter subjektiv betrachtet „besser“ – z.B. durch Abitur und eine akademische Ausbildung anstatt einer Lehre – wird dadurch der Druck auf Alex und der Teufelskreis der unbefriedigten Erwartungshaltung noch verstärkt. Kommt es dann letztlich zu tatsächlicher Zurückweisung und Abwertung durch Eltern oder andere nahestehende Personen, können diese sich internalisiert in Selbstabwertung

und Selbstentfremdung fortsetzen. Auch dies war hier nachhaltig der Fall. Infolgedessen wird kein gesunder Selbstwert aufgebaut; soziale Herausforderungen und Bindungen werden zunehmend ängstlich vermieden oder stellen sich zumindest angstbesetzt dar.

Zusätzlich unterschätzt der Betroffene die eigenen interpersonellen Fähigkeiten und hat in Stresssituationen oft ungünstige, kontraproduktive und selbstkritische Gedanken. Dieses Verhalten ist Ausdruck von Angst und Hilflosigkeit gegenüber den elterlichen Erziehungspraktiken; bisweilen kommt es später zu Entfremdung. Eltern werden als unterdrückend, einengend, emotionsarm und wenig einführend erlebt. Diese Entwicklungstendenz sollte sich später auch in diesem Fall noch bestätigen.

Vor einer suffizienten Therapie dieser Störung muss die richtige Diagnose gestellt werden, indem die Symptome differentialdiagnostisch gegenüber denjenigen anderer Störungen abgegrenzt werden. Selbstunsichere Persönlichkeiten ziehen sich beispielsweise aktiv zurück, vermeiden also bewusst soziale Beziehungen, während schizoide Persönlichkeiten sich passiv zurückziehen. Der größte Unterschied besteht also darin, dass erstere, wie auch in diesem Fall, durch ein geringes Selbstvertrauen und durch die Angst vor Zurückweisungen anderer Menschen bedingt ist, was bei der schizoiden Persönlichkeitsstörung weniger eine Rolle spielt.

Das Hauptproblem bei der Differenzialdiagnostik für die ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung liegt allerdings in der erheblichen Kriterienüberlappung mit der sozialen Phobie. Sozialphobiker haben aber meist eng umschriebene Ängste (zum Beispiel vor Prüfungen, öffentlichen Reden etc.), während die von ängstlichen Persönlichkeiten auf unterschiedlichste Situationen z.B. auch im Berufsalltag ausgedehnt ist. Dieser Umstand wird uns später nochmals beschäftigen. Außerdem wird die ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung im höheren Maße als ich-synton erlebt; das heißt, dass wie im vorliegenden Fall Betroffene ihre ängstlichen Denkmuster bzw. ihr unsicheres Verhalten trotz Leidensdruck als integrativen Bestandteil ihrer Persönlichkeit betrachten. Sozialphobiker hingegen identifizieren ihre Symptome eindeutig als ich-dyston, also klar als Störung, die nicht Teil ihrer Persönlichkeit ist. Wichtiges Merkmal zur Unterscheidung ist schließlich der bei Personen mit ängstlich vermeidender Persönlichkeitsstörung niedrigere Selbstwert.

Überschneidungen gibt es ebenfalls bei den Diagnosekriterien der abhängigen Persönlichkeitsstörung, bei denen allerdings im Gegensatz zum vorliegenden Fall das Bedürfnis des „Umsorgt-Werdens“ im Vordergrund steht. Beide Persönlichkeitsstörungen können aber auch gleichzeitig bestehen. Eine ebenfalls häufig auftretende Komorbidität besteht mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung, welche in diesem Fall allerdings ebenfalls diagnostisch ausgeschlossen werden kann.

Meine damalige Betreuung war psychotherapeutisch oder analytisch gesehen eher laienhafter Natur. Ich habe seinerzeit lediglich versucht, meinem damals guten Freund als guten Freund verständlich zu machen, dass er auf Grund seiner abgeschlossenen Ausbildung zum KFZ-Meister nicht weniger wert ist als ich, nur weil ich Abitur und eine akademische Ausbildung habe. Ganz im Gegenteil! Ich machte deutlich, dass ich nicht in der Lage bin, einen LKW-Motor auseinanderzubauen geschweige denn, denselben auch nur mit geringster Aussicht auf Erfolg wieder vollständig zusammensetzen – er das aber sicher könnte.

Ich habe weiterhin versucht, ihm zu verdeutlichen, dass jeder seinen eigenen Weg geht und das auch richtig so ist. Vergleiche mit anderen bringen in der Regel nichts, da es immer jemanden gibt, der vermeintlich oder eventuell sogar objektiv gesehen „besser“ ist, etwas besser kann oder eben andere Talente hat. Daraus eine Wertigkeit des eigenen Selbst abzuleiten, ist irreführend und für Alex geradezu „Gift“ für sein Denken, Fühlen und Handeln.

Im Laufe der Jahre wurde Alex vom Konzern häufig ins Ausland entsandt, um vor Ort Projektarbeiten zu leisten. Auch diese Einsätze habe ich immer stets als ganz objektive Beweise seiner Leistungsfähigkeit und des enormen Vertrauens seines Arbeitgebers in seine Person dargestellt.

Darüber hinaus hatte ich damals schon ein „irgendwie komisches Gefühl“ in Richtung seiner Mutter, ohne das richtig deuten zu können.

5. Der weitere Berufsweg und der erste Einsatz von Psychopharmaka (Aurorix)

Ich habe dann Alex einige Jahre mehr oder weniger aus den Augen verloren und erst wieder vor ca. drei Jahren intensiveren Kontakt gepflegt. Inzwischen hat Alex im Ausland geheiratet und eine Tochter bekommen. Er war und ist noch immer im selben Konzern und hat allen Unkenrufen zum Trotz sein „berufliches Traumziel“, d.h. die erste Führungsstufe mit Personalverantwortung, im Konzern erreicht.

Dennoch scheint der Weg nicht ganz problemfrei gewesen zu sein. Wie er mir später berichtete, wurde Alex seit 2005 im Ausland mit Aurorix (Moclobemid) behandelt. Dabei handelt es sich um ein Antidepressivum vom Typ MAO Hemmer. Moclobemid wird primär bei depressiven Syndromen eingesetzt. Da Moclobemid nicht sedierend wirkt, ist es für die Behandlung bei gehemmter Depression, nicht aber bei agitierten oder suizidalen Patienten geeignet. Es wurde auch in anderen Anwendungsfällen versucht, Moclobemid als ein Mittel gegen soziale Phobie im Rahmen eines Gesamtkonzepts einzusetzen – der erhoffte Erfolg blieb jedoch aus. Da dennoch dieses Präparat im Ausland verordnet wurde, stützt indirekt meine Verdachtsdiagnose der ängstlich vermeidenden Persönlichkeitsstörung, da die Überlappungen zur sozialen Phobie doch erheblich und die soziale Phobie ohne eine eingehende Familienanamnese einfacher zu diagnostizieren ist. Offensichtlich wurde die Verordnung von Aurorix nicht ärztlich oder therapeutisch engmaschig überwacht. Alex berichtete nämlich, schon zu diesem Zeitpunkt (d.h. 2005) bisweilen suizidale Gedanken gehabt zu haben, was dann natürlich zum Absetzen des Medikaments hätte führen müssen, da es diese Nebenwirkungen zeigen kann und dann klar kontraindiziert ist. Zudem konnte ich hier auf Basis der Berichte keinerlei Gesamtkonzept erkennen, wovon eine alleinige Therapie mit Aurorix im Kontext einer reinen Behandlung der Sozialen Phobie aber profitiert hätte.

6. Beginn der akuten Krise 2013

Mittlerweile war Alex wieder zurück in Deutschland. Er hatte eine seiner Rangstufe im Konzern entsprechend verantwortungsvolle Position mit Personalverantwortung für ca. 40 Personen im ‚After Sales Bereich‘ (Werkstatt- und Service-Dienstleistungen) übertragen bekommen. Im Mai 2013 kam es zu einem völlig unerwarteten Gespräch mit dem direkten Vorgesetzten, in dem meinem Freund nahegelegt wurde, seinen Posten zu räumen und sich bis zum Jahresende 2013 „etwas anderes“ zu suchen. Ohne objektiv erkennbare Gründe oder weitere Erläuterungen für diese Entscheidung, wurde der junge Familienvater mit dieser Mitteilung komplett alleine gelassen. Es wurde keinerlei erkennbare Hilfe im Sinne eines Outplacements oder einer aktiven „Wegempfehlung“ seitens des Vorgesetzten angeboten. Selbst ohne eine Disposition auf Basis einer Persönlichkeitsstruktur nach F60.8 ist eine solche Nachricht i.d.R. nicht leicht zu verkraften, stellt sie doch eine real existierende Gefahr für die weitere berufliche und private Existenz dar.

Es traten im weiteren Verlauf körperliche Beschwerden wie beschleunigter Herzschlag, „Herz schlägt bis zum Hals“, Müdigkeit und Magenbeschwerden auf. Dazu kamen psychische Beschwerden wie Selbstzweifel, Minderwertigkeitsgefühle, Schuldgefühle, ein Gefühl von Angespanntheit und existenzielle Ängste (durch einen Arbeitsplatzverlust). Als formale Denkstörungen traten Perseverationen, Grübeln und Ideenflucht auf; teilweise gab es erste Anzeichen wahnhafter Störungen in Richtung eines Verarmungswahns. Verschiedene Situationen und subjektiv erlebte Ablehnung wurden verallgemeinert und generalisiert. Letztlich traten wieder erste suizidale Gedanken auf.

Vor dem Hintergrund der vorhandenen, aber weder erkannten, noch nicht behandelten Persönlichkeitsstörung, muss in dieser Phase von einer akuten leichten depressiven Episode (ICD 32.0) ausgegangen werden. Gestützt wird diese Diagnose dadurch, dass Alex zu diesem Zeitpunkt noch in der Lage war, alle Routineaufgaben zu erledigen, aber bereits oben genannte Symptome der Depression zeigte und daraufhin auch ärztliche Hilfe in Anspruch nahm. Differentialdiagnostisch muss erwähnt werden, dass Alex zu diesem Zeitpunkt keine Drogen oder Alkohol zu sich genommen hat. Das typische Morgentief hatte Alex nicht; weder Einschlaf- noch Durchschlafstörungen waren vorhanden. Andere körperlichen Ursachen für die Symptome waren ebenfalls nicht gegeben.

7. Meine Intervention zu Beginn der akuten Krise 2013

Nachdem mich Alex angerufen und mir die aktuelle Situation berichtet hatte, habe ich durch entsprechende Fragetechniken zunächst die bereits oben erwähnten Symptome und das dazu passende Krankheitsbild erarbeitet.

Neben dieser Anamnese und der sich daraus ergebenden Ableitung war es sehr wichtig, Alex die aktuell massiv fehlende positive Wertschätzung und eine entsprechende Empathie für seine aktuelle Situation und Person entgegenzubringen. Dieses Vorgehen entspricht in weiten Zügen der klientenzentrierten Psychotherapie nach Rogers und erschien bei dem vorliegenden Fall auch zielführend und angebracht.

7.1 Die Grundhaltung der klientenzentrierten Psychotherapie nach Carl Rogers

Carl Rogers geht davon aus, dass der Mensch eine angeborene „Selbst-Verwirklichungs-“ und „Selbst-Vervollkommnungstendenz“ (Aktualisierungstendenz) besitzt, die, unter günstigen Umständen, für eine Weiterentwicklung und Reifung der Persönlichkeit sorgt. Der Hilfesuchende trage alles zu seiner Heilung Notwendige in sich und sei selbst am besten in der Lage, seine persönliche Situation zu analysieren und Lösungen für seine Probleme zu erarbeiten. Ausgehend von diesem humanistischen Menschenbild folgerte Rogers, Psychotherapie müsse ein günstiges Klima für den gestörten Wachstumsprozess schaffen.

Ein zentraler Begriff seines Persönlichkeitsmodells einer „fully functioning person“ ist das Selbstkonzept. Aus einer Diskrepanz (Inkongruenz) zwischen dem Erleben (experiencing) des Organismus und dem Selbstkonzept entstehen psychologisch relevante (An-)Spannungen und erscheinen dem Menschen als Konflikte. Dieser Umstand war hier unzweifelhaft gegeben. Ziel der Therapie ist eine reifere emotionale Anpassung, indem Ideal- und Selbstbild in Übereinstimmung gebracht werden. Auch dies konnte als Therapieziel in diesem Fall Anwendung werden.

An dieser Stelle erinnerte ich ihn zur Reaktivierung seiner durchaus vorhandenen Ressourcen erneut an all die vielen Auslandseinsätze der vergangenen Jahre. Diese wurden ihm als kompetenten Vertreter der Zentrale sicher nicht übertragen, weil er seinen Job nicht kann – zudem an den erreichten Status des Teamleiters, der schon immer sein beruflicher Traum war, den er zielstrebig verfolgt und letztlich auch erreicht hat.

Es war erneut wichtig, dem Freund klar zu machen, dass seine aktuellen Gefühle und das daraus resultierende Verhalten wie auch seine aktuellen Gedanken völlig in Ordnung und nachvollziehbar sind. Dieses Dreieck steht in engem Regelkreis und es ist nicht an der Zeit, diese Situation zu bewerten, zu beurteilen oder gar nach „Schuld“ zu suchen.

7.2 Nützliche Elemente aus der Psychoedukation

Wichtig war in diesem Zusammenhang auch der Einsatz einer entsprechenden Psychoedukation. Da es Klienten oft schwerfällt, die Symptome und letztlich das Vorhandensein einer „psychischen Störung“ zu akzeptieren, hat die Psychoedukation die Funktion, zur Entstigmatisierung psychischer Störungen beizutragen und Barrieren zum Aufsuchen einer Behandlung abzubauen. Der Einblick in die Ursachen und Wirkungen der eigenen Krankheit sowie der geschärfte Blick für Zusammenhänge wirken sich häufig positiv auf die Behandlung und den weiteren Verlauf der Krankheit beim Patienten aus. Patienten, die über das Krankheitsbild genauer informiert sind, fühlen sich weniger hilflos. Außerdem soll das Wiedererkrankungsrisiko (Rückfallrisiko) so gesenkt werden.

Die wesentlichen Elemente der Psychoedukation sind dabei:

- Informationsvermittlung (Symptomatik der Störung, Ursachen, Behandlungskonzepte etc.)
- emotionale Entlastung (Verständnis fördern, Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen, Kontakte etc.)
- Unterstützung oder in diesem Fall das Anraten einer medikamentösen oder psychotherapeutischen Behandlung, indem die Kooperation zwischen Behandler und Patient (Compliance, Adherence) gefördert wird
- „Hilfe zur Selbsthilfe“ (z. B. Trainieren, wie Krisensituationen frühzeitig erkannt werden und welche Schritte dann unternommen werden können)

Mein Ziel mit Hilfe der Psychoedukation war zu erreichen, dass Alex erkennt, dass psychische Probleme eine breite Masse der Bevölkerung betreffen und es geradezu Mut erfordert, sich den Problemen offensiv zu stellen und diese auch anzugehen.

Als Weiteres habe ich Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie zum Einsatz gebracht. Es war an der Stelle sinnvoll, dem Freund seine negativen Gedankenmuster und die Konsequenzen daraus vor Augen zu führen.

7.3 Grundzüge der kognitiven Verhaltenstherapie nach Aaron Beck und Albert Ellis

Der Begriff „kognitiv“ ist vom lateinischen „cognoscere“ abgeleitet und bedeutet „erkennen“. In einer kognitiven Therapie geht es darum, sich über seine Gedanken, Einstellungen und Erwartungen klar zu werden. Das Ziel ist, nicht zutreffende und belastende Überzeugungen aufzudecken und zu verändern. Denn es sind häufig nicht nur die Dinge und Situationen selbst, die Probleme bereiten, sondern auch die Bedeutung, die man ihnen beimisst.

Ein belastendes Denkmuster ist es zum Beispiel, aus einem Vorfall sofort negative Schlüsse zu ziehen, sie zu verallgemeinern und auf ähnliche Situationen zu übertragen. Verallgemeinernde Denkmuster werden in der Psychologie als „Übergeneralisierung“ bezeichnet.

Ein anderer belastender Denkfehler ist die „Katastrophisierung“: Es geschieht etwas Beunruhigendes und prompt entstehen übertriebene Schlussfolgerungen über das Ausmaß des vermeintlich drohenden Unglücks.

Solche Denkmuster entwickeln sich manchmal zu einer „sich selbst erfüllenden Prophezeiung“ und machen den Betroffenen das Leben schwer. Mithilfe einer kognitiven Therapie kann man jedoch lernen, diese Denkmuster durch realistische und weniger schädliche Gedanken zu ersetzen. Diese Verhaltenstherapieform hilft dabei, klarer zu denken und die eigenen Gedanken besser zu kontrollieren.

In diesem Fall war die Zurückweisung durch den direkten Vorgesetzten natürlich ein nachhaltig negatives Erlebnis. Auf Basis seiner Persönlichkeitsstruktur neigte Alex mehr denn andere Personen dazu, diese Zurückweisung für sich zu generalisieren. Schnell wurden Gedanken laut, dass diese Zurückweisung nicht nur von seinem Chef kommt, sondern alle Menschen um ihn herum der Meinung sein könnten, dass er „nicht für diese Position taugt“. Dieses Schwarzweiß-Denken ist systematisch für Gedankenfehler, welche mit der KVT angegangen werden können.

Ich habe ihm darüber hinaus angeraten sich Unterstützung von allen notwendigen und angezeigten Seiten zu holen, d.h. arbeitsrechtlich, psychotherapeutisch, ärztlich (hier vor allem Psychiater) und aus der Betriebsorganisation selbst (Betriebsrat und Personalbereich). Erst damit wäre eine gesamthafte Bewertung der Lage und infolgedessen weitere Handlungsempfehlungen möglich.

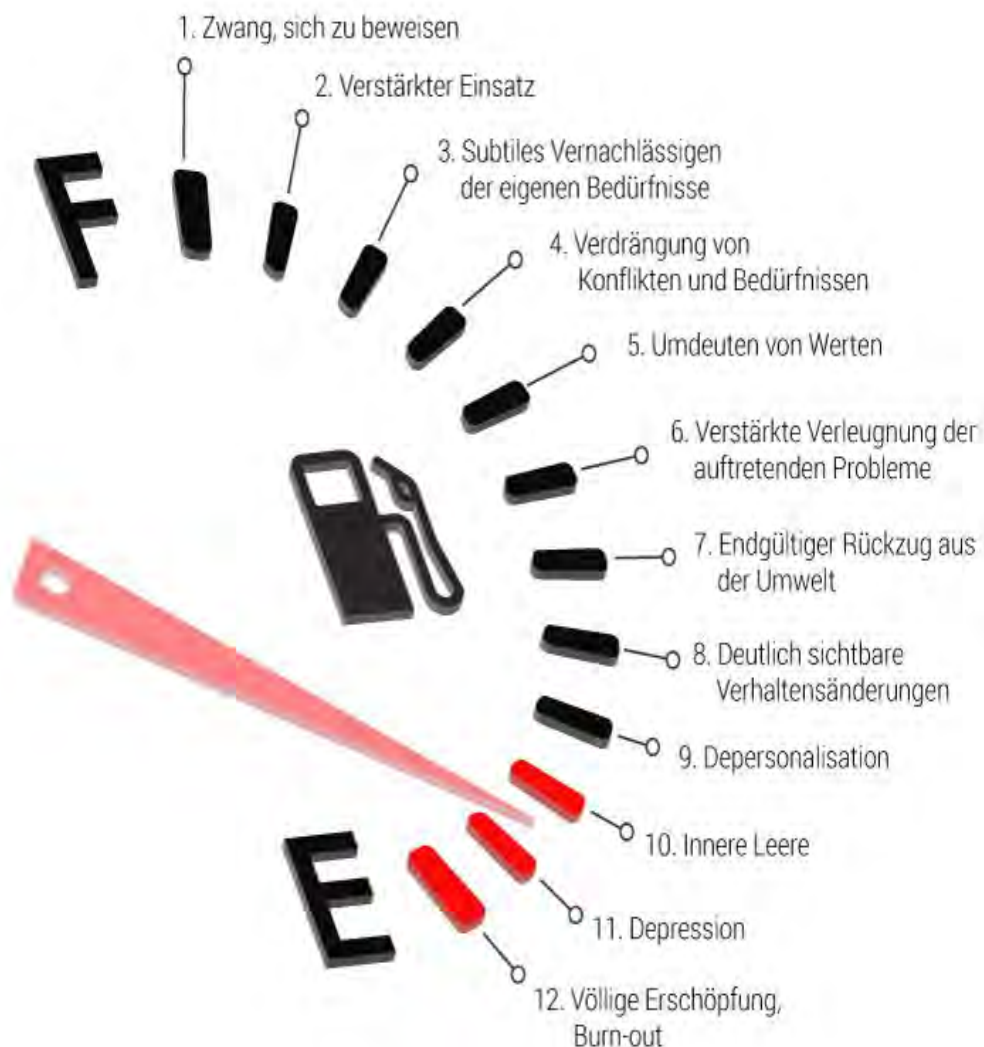
7.4 Einsatz von Venlafaxin als Phasenprophylaktikum

Pharmakologisch riet ich Alex zur ärztlichen Prüfung eines Einsatzes von Venlafaxin. Dieses Arzneimittel ist i.d.R. angezeigt zur Behandlung von Depressionen und Angsterkrankungen wie der generalisierten Angststörung, der sozialen Angststörung (soziale Phobie) und der Panikstörung mit, aber auch ohne Agoraphobie. Zudem ist Venlafaxin ggf. günstig zur Erhaltungstherapie zur Verhinderung eines Rückfalls (Rezidivprophylaxe) oder des Wiederauftretens von neuen depressiven Episoden. Eine weitere Eigenschaft von Venlafaxin ist seine phasenbegrenzende Wirkung, die auch dazu dienen kann, zunehmend negative Stimmungen „nach unten“ zu stoppen. Der behandelnde Psychiater ist seinerzeit auch meiner Einschätzung gefolgt und hat Venlafaxin verordnet, wovon Alex auch sehr profitierte.

8. Weitere Entwicklung der Krise zum „Burnout“

Die berufliche Situation von Alex veränderte sich nicht. Es gab nach der ersten Hiobsbotschaft keine Unterstützung seitens des Vorgesetzten und auch wenig Hilfestellung durch andere innerbetriebliche Stellen. Nach leider oft praktizierter Konzernmanier wurde gemäß der auch hier verwendeten „Vogel-Strauß-Strategie“ agiert und darauf gehofft, dass sich das Problem (d.h. Alex) selbst (auf-)löst, z.B. durch eine Kündigung.

Alex berichtete im Nachgang, dass er sich in dieser mehrmonatigen Phase geradezu schulbuchartig entlang des von Freudenberger und North 1992 beschriebenen Verlaufsmodells des Burnouts bewegt hat:



8.1 Die Phasen des Burnouts nach Freudenberg & North

1. Der Zwang sich zu beweisen

Dieses Stadium im Burnout-Zyklus ist am Schwierigsten zu erkennen, da ein Wunsch, in den Augen des Chefs erfolgreich zu sein, im Grunde positiv ist. Gewinnt der Wunsch jedoch zu viel an Dynamik und wird die Verbissenheit zu stark, wird der Wunsch zum Zwang, ausgelöst durch übertriebene Erwartungen an sich selbst. Natürlich war Alex jetzt massiv in die Ecke gedrängt und hat „jetzt erst Recht“ seinem Chef beweisen wollen, wie unbegründet seine ablehnende Entscheidung war.

2. Verstärkter Einsatz

Dieser entsteht jetzt aus der Angst, die Kontrolle zu verlieren. Sorgfalt, Perfektionismus und Engagement wurden zwanghaft. Ebenfalls typisch für diese Phase war die Unfähigkeit, zu delegieren oder eine übertriebene Kontrollsucht.

3. Subtile Vernachlässigung eigener Bedürfnisse

Die Arbeit bzw. Ihre Aufgabe hatte Alex voll im Griff. Die kleineren alltäglichen Pflichten und Freuden empfand er als lästig und störend. Zum Beispiel werden Pausen oft als überflüssig erachtet, die Ernährung als nebensächlich angesehen oder der Körper vernachlässigt. Sport wurde gar nicht mehr gemacht und die Familie ebenfalls hinten angestellt.

4. Verdrängung von Konflikten und Bedürfnissen

Alex bemerkte zwar, dass mehr und mehr etwas ganz und gar nicht mehr stimmt und die Vernunft riet ihm, dass er zurückfahren müssen, aber er stellte immer wieder seine Bedürfnisse hinter die Anforderungen an das ‚große Ziel‘ des ultimativen Beweises der Fehleinscheidung des Chefs zurück. Heimlichkeiten und das Zurückziehen beginnen, denn niemand durfte wissen, wie es ihm wirklich ging. Häufig entstehen in dieser Phase Süchte, die in diesem Fall durch Alex allerdings vermieden werden konnten.

5. Umdeutung von Werten

Emotional war diese Phase von Desorientierung geprägt. Ein häufiger Auslöser war hier ein gestörter Zeitbegriff. Die Belastung, der Druck wurden jetzt so hoch, dass nur noch eine im Nachgang geschönte Vergangenheit neben einer katastrophierten Zukunft regierte und die Gegenwart fast nicht mehr wahrgenommen wurde. Dadurch ging die Relativität der Ereignisse verloren, Wichtiges von Unwichtigem war praktisch nicht mehr zu trennen.

6. Verstärkte Verleugnung auftretender Probleme

Die Verleugnung war hier als Schutzmechanismus zu verstehen und war ein unbewusster Prozess. Die Verleugnung verschleierte den bereits bestehenden Burnout-Prozess. Die subtilen Vernachlässigungen der persönlichen Bedürfnisse verstärkten sich weiter wie auch der Zynismus gegenüber dem Chef und der Organisation des Konzerns.

7. Rückzug

Die Gefühle von Hoffnungslosigkeit und Orientierungslosigkeit nahmen überhand. Die Desillusionierung und emotionale Verflachung waren nunmehr vorherrschend und er zog sich vor sich selbst und der Welt zurück.

8. Beobachtbare Verhaltensänderung

Der Rückzug verstärkte sich noch weiter; jede Art von Zuwendung führte zur Angegriffenheit. Die Unterscheidungsfähigkeit war weitgehend gestört, was Unterstützung, Aufmerksamkeit und Nähe anbetraf.

9. Depersonalisation

Hier entstand der Verlust des Gefühls für die eigene Persönlichkeit und damit ging auch der letzte Rest des Erkennens eigener Bedürfnisse verloren. Daraus folgte eine tiefe Selbstverneinung, die sich auf den eigenen Körper und die eigene Person bezog.

10. Innere Leere

In dieser Phase entstanden Angstattacken und erneute suizidale Gedanken. Das Gefühl der inneren Leere war kaum zu ertragen, der Betroffene fühlte sich zunehmend nutzlos, ausgezehrt, erledigt, einfach ausgebrannt.

Als sich im November aber noch keine Lösung abzeichnete, wurde Alex massiv von seinem Chef unter Druck gesetzt – nicht zuletzt, da der Chef den Wunschnachfolger auf einer Betriebsversammlung offiziell vorgestellt und gleichzeitig den Abgang meines Freund völlig unabgestimmt zum 31.12. des selben Jahres auf der Betriebsversammlung ausgerufen hatte. Dieser erneute und sehr erniedrigende, da in der Öffentlichkeit erfolgte „Life-time-event“ zog meinem Freund endgültig den Boden unter den Füßen weg.

Um im Modell zu bleiben, traten damit final auch die letzten Phasen nach Freudenberger auf:

11. Depression

An diesem Punkt war ihm einfach schon alles egal. Die Verzweiflung und die Erschöpfung hatten das Ruder übernommen und waren jetzt die einzigen wahrnehmbaren Gefühle. Die Initiative und Motivation waren am Nullpunkt angekommen; die Depression war manifest geworden. Ein starkes Symptom war hier der Wunsch nach Dauerschlaf; Suizidgedanken tauchten vermehrt auf.

12. Völlige Burnout-Erschöpfung

Die geistige, emotionale und körperliche Erschöpfung wurde jetzt lebensgefährlich. Es gab kein 'ich' mehr; die ursprünglichen Zwänge hatten sich aufgelöst und damit der Sinn weiterzuleben. Es stellten sich zu den bereits bestehenden depressiven, suizidalen und vegetativen Symptomen noch zusätzlich Herzrhythmusstörungen und Bluthochdruck dazu. Daraufhin riet ich dem Freund zur sofortigen Krankenschreibung, welche er auch nach Rücksprache mit seinem behandelnden Arzt Folge leistete.

9. Die Intervention vor dem Eintritt der depressiven Manifestation

Das zentrale Element meiner Betreuung in der Burnout-Spirale war der Versuch einer interdisziplinären Zusammenführung der einzelnen an der Situation beteiligten Disziplinen: Arbeitsrecht, Psychotherapie, Psychiatrie und Organisationslehre. Alex hatte in jedem dieser Einzeldisziplinen Spezialisten zur Seite und nutzte diese auch: einen Psychotherapeuten, einen Psychiater, einen Anwalt für Arbeitsrecht und den Betriebsrat bzw. den Personalbereich. Jeder dieser Spezialisten betrachtete die Situation jedoch ausschließlich aus der jeweils subjektiven Sicht und behandelte bzw. therapierte die Situation auch rein isoliert. Der Therapeut die Psychotherapie, der Psychiater die Medikation, der Arbeitsrechtler die rechtliche Situation und der Betriebsrat / Personalbereich die organisatorische Situation im Betrieb. Es gab allerdings keine Stelle oder Instanz, die die einzelnen Fäden zusammenführte und sich die Situation gesamt aus einer Adlerperspektive betrachtet hätte.

In der vorliegenden psychischen Verfassung war Alex mit der selbstständigen und objektiven Zusammenführung dieser einzelnen „Fäden“ völlig überfordert. Erst durch eine ganzheitliche Betrachtung der Lage, gleich einer „Spinne im Netz“, war er jedoch in der Lage, die Situation vollständig zu begreifen und letztlich auch zu bewerten. Hierbei habe ich die Rolle der „explorativen und deskriptiven Spinne“ übernommen und Alex seine Lage und seine Handlungsalternativen und Konsequenzen insgesamt erläutert als isoliert betrachtet. Dabei war es erneut wichtig, ihm zu erklären, dass seine aktuelle Situation ein absoluter Ausnahmezustand ist, der lebensbedrohlich ist und besonderer Aufmerksamkeit bedarf. Insbesondere habe ich Alex verdeutlicht, dass eine Akzeptanz der bestehenden Krankheit und der proaktive Umgang mit dem Krankheitsbild eine weitaus professionellere Verhaltensweise ist als deren Ignorierung oder gar Verleugnung, die wie erlebt keine Besserung mit sich bringt.

Alex war zu diesem Zeitpunkt nicht mehr in der Lage, seiner Arbeit oder einer Tagesstruktur gesichert Folge zu leisten. Es herrschten massive Gedanken rund um eine mögliche Verarmung, starke Schuldgefühle, die keine reale Grundlage hatten und zunehmend suizidale Gedanken bis hin zu Suizidphantasien. Zusammenfassend war damit die Diagnose mindestens einer mittleren Depression ICD 32.1 mit zunehmenden Wahngedanken gegeben. Auf Basis dieser Situation und insbesondere des sich manifestierenden Risikos für einen Suizid riet ich nachdrücklich zu einer stationären Aufnahme in einer Klinik. Auch hier war es von entscheidender Bedeutung, dem Freund die Entscheidung zur Klinik als notwendige, sinnvolle und vor allem „starke“ Entscheidung klar zu machen und nicht als „Niederlage“ und „komplettes Versagen“.

10. Der stationäre Klinikaufenthalt zu Beginn 2014

Der behandelnde Psychiater unterstützte diese Maßnahme und Alex ging im Anschluss an seine Krankschreibung in die Klinik. Hier war es mir wichtig, dass Alex verstanden und verinnerlicht hatte, dass ihm die Klinik sehr wahrscheinlich hilft und diese positive Einstellung schon von vornherein mit in die Behandlung genommen hat.

In der Klinik wurde aus pharmakologischer Sicht zunächst das Venlafaxin erhöht und zudem wurden Beta-Blocker gegeben. Darüber hinaus wurde der Testosteronspiegel medikamentös erhöht. Es wurden einzel- und gruppentherapeutische Maßnahmen durchgeführt. Zudem nahm Alex an einer Musiktherapie und der Einweisung zum Autogenen Training teil. Letztlich haben tägliche Sportaktivitäten das Angebotsspektrum abgerundet.

Therapeutisch wurde die Richtung insbesondere auf einer Familienanamnese begründet was mir auf Basis meiner Diagnose der ängstlich vermeidenden Persönlichkeitsstörung auch sehr sinnvoll erschien. Dabei wurden insbesondere die Rollen der Eltern und des Stiefvaters besprochen. In anderen therapeutischen Sitzungen wurde im Wesentlichen die klientenzentrierte Therapie nach Rogers verwendet.

Alex profitierte sehr von dem sechswöchigen Klinikaufenthalt. Insbesondere im kognitiven Bereich lernte er die Mechanismen und den Prozess fehlgeleiteter Denkmuster zu erkennen und diesen mit entsprechenden Methoden (sogenannten Skills) zu begegnen. Zudem wurde ihm klar, dass er kein „Sonderfall“ ist, sondern ein Betroffener aus statistisch gesehen 25% der Gesamtbevölkerung, der im Laufe des Lebens unter Depressionen leidet oder gelitten hat. Auch wurde deutlich, dass diese Erkrankung keinen Unterschied hinsichtlich des Ausbildungsstands oder dem Berufsstand macht, obgleich einige Berufsgruppen nachweislich stärker gefährdet sind als andere.

11. Nach der Klinik – Sommer 2014

Das Verlassen der Klinik war auch wirtschaftlich motiviert, da nun die sechswöchigen Lohnfortzahlungen endeten und Alex davon ausging, dass er mit dem reinen Krankengeld sich und die Familie nicht dauerhaft versorgen konnte. Er wäre sonst nach eigenen Angaben auch noch ein paar Wochen länger dort geblieben. Alex nutzt bis heute situationsgetrieben das in der Klinik gelernte Autogene Training. Darüber hinaus versucht er ein bis zwei Mal pro Woche aktiv Sport zu treiben. Nach eigenen Aussagen profitierte er sehr von der Selbsterkenntnis aus der Therapie. Er hat besser gelernt, mit seiner Sozialen Phobie umzugehen und konnte die Angst vor Zurückweisung oder seine Konfliktscheue positiv bearbeiten. Allem voran hat er sich vorgenommen, in Zukunft klare Aussagen dazu zutreffen, was er will und was nicht ohne permanente Angst vor einer Zurückweisung oder einem Konflikt zu haben.

Als Diagnose wurde von der Klinik im Entlassungsbericht – der mir von meinem Freund übergeben wurde – eine schwere depressive Episode (ICD-10: F32.2) und eine generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1) gestellt. Leider ist in diesem Bericht nichts zur ängstlich vermeidenden Persönlichkeitsstörung zu finden.

Auf Nachfragen hat mir Alex dann berichtet, dass diese zwar in der Klinik diagnostiziert und auch besprochen wurde, allerdings der komplette Block dieses psychotherapeutischen Befundes und der klinischen Arbeit des Psychotherapeuten im Bericht fehle. Es finden sich im Bericht die Entlassungsmedikation und ein Hinweis zur erneuten Sonografie der Schilddrüse. Allerdings sind durch die Klinik keine weiteren Hinweise zur weiteren psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung gegeben worden.

12. Die aktuelle Situation 2015

Leider hat sich an der grundlegenden beruflichen Situation nichts geändert. Alle Versuche, sich innerbetrieblich auf gleicher Rangstufe zu bewerben, sind bisher ohne Erfolg geblieben. Seine aktuelle Stelle ist noch bis Ende März 2015 offiziell vorhanden; danach müsste Sie abgebaut werden. Da Alex jedoch einen unbefristeten Anspruch auf diese Rangstufe hat, bleibt abzuwarten, wie der Konzern reagiert. Es ist zu erwarten, dass der Druck alsbald wieder erhöht wird, da sein Chef ab dem 1.4.2015 ein massives Argumentationsproblem gegenüber seinen Vorgesetzten hat, die natürlich mittlerweile Kenntnis von der Situation haben.

Meine Intervention geht im Moment eher in die Richtung, Alex auf den zu erwartenden „Druck“ vor dem 1.4. vorzubereiten. Sollte der Druck nicht eintreten, da sich bis dahin eine andere Chance ergibt, dann ist Alex wenigstens auf diesen vorbereitet.

13. Diskussion und Reflexion des Falls

Leider wurde die ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung erst sehr spät, nämlich erst während des Klinikaufenthalts, diagnostiziert. Dennoch ist sie der Quell vieler Übel, das sich in unterschiedlichen Ausprägungen zeigt. Das liegt sicherlich an der Tatsache, dass in den 80er Jahren die Sensibilität für psychologische Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen bei Weitem noch nicht so vorhanden war wie heute. Zudem wäre es in der Welt der Mutter auch nur schwer akzeptierbar gewesen, dass Ihr Sohn an einer Persönlichkeitsstörung leidet, die auch teilweise auf Ihre Handlungsweise in der Kindheit und der Jugend zurückzuführen ist. Dass sich manifestierte Persönlichkeitsstörungen nur noch schwer therapieren lassen, scheint sich die Behandlung mehr auf die Reduzierung der einhergehenden Symptome wie die soziale Phobie und die auftretenden depressiven Episoden konzentriert zu haben. Es bleibt hier zu prüfen, ob selbst in dem späten Stadium nicht eine Schematherapie zur Reduktion der dysfunktionalen Schemata bei meinem Freund sinnvoll sein kann.

In der Selbstreflexion muss ich festhalten, dass ich gerade bei diesem Fall sehr oft den Druck durch meinen Freund verspürte, ihm aktive und konkrete Wegweisungen geben zu sollen. Sicherlich passt das gut in das Bild der vorliegenden Persönlichkeitsstörung, ist aber auch dem Umstand geschuldet, dass wir uns seit Jahrzehnten kennen und er auf meinen Rat schon immer großen Wert gelegt hatte. Daher kann man davon ausgehen, dass ich eine vielleicht an manchen Stellen angebrachte non-direktive Herangehensweise oft nur zum Teil durchgehalten habe. Hier hätte ich mich sicher deutlich mehr von den Grundannahmen und dem Vorgehen von Rogers leiten lassen können, da viele Antworten sicher schon in meinem Freund vorhanden waren und nur noch an die Oberfläche transportiert werden wollten. Auf der anderen Seite waren unsere Kontakte nicht in einer Frequenz möglich, die eine abstinenter Herangehensweise gefordert hätte. Letztlich ist es auch nicht ganz mein Stil, auf direkte Fragen ausweichend oder nicht zu antworten. Dies wiederum passt dann schon wieder in das Bild von Rogers, erwartet er doch letztlich auch vom Therapeuten Kongruenz und Echtheit.

Zusammenfassend war und ist es meines Erachtens für Alex wichtig, für ihn da zu sein und die „Fäden“ der verschiedenen Disziplinen (Psychiater, Betriebsrat, Rechtsanwalt etc.) zusammenzuhalten und ihn auf Dinge und Aspekte aufmerksam zu machen, die er nicht sieht oder aus seiner Sicht eventuell unglücklich bis falsch bewertet.

Ich bin zuversichtlich, dass er sich nunmehr besser kennt und besser mit sich selbst umgehen kann. Allerdings wird ihm seine Persönlichkeitsstörung immer ein treuer, aber anstrengender (o.ä.) Begleiter sein.

*„Selbsterkenntnis ist der Anfang von Weisheit,
die das Ende der Angst bedeutet.“*

Krishnamurti

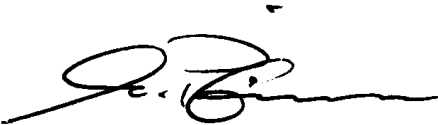
14. Literatur

- Dr. med. Stefan Brunnhuber / Dr. med. Klaus Lieb (1996), Psychiatrie, 3. Auflage, Bad Wörishofen, 1996
- Jürgen Koeslin, Psychiatrie und Psychotherapie für Heilpraktiker, 3. Auflage, Urban & Fischer Verlag, München, 2010
- Prof. Dr. Rainer Sachse (2013), Persönlichkeitsstörungen, Hofgrefe Verlag, Göttingen, 2013
- Jochen Thomas (2015), Unterlagen zur Zertifizierung zum Burnout-Berater an der PARACELSUS Schule Karlsruhe, Karlsruhe 2015
- Adrian Urban (2014), „Burn-out überwinden für Dummies“, 2. überarbeitete Auflage, Weinheim 2014
- Dr. Jacqueline Zipperle (2013), Skript zum Heilpraktiker für Psychotherapie von Frau Dr. Jacqueline Zipperle, Durlach 2013
- Diverse Recherchen im deutschsprachigen Wikipedia, <http://www.wikipedia.de>

15. Erklärung

Ich habe diese Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig und nur durch Hinzuziehen der angegebenen Quellen angefertigt.

1.3.2015



16. Anhang

A.) Burnout Selbsttest

Maslach-Burnout Inventory - Burnout Selbsttest

Der Test ist der verbreitetste und älteste Burnout Test (erfunden 1981 von Maslach & Jackson, überarbeitet 1986). Er untersucht drei Dimensionen

- Emotionale Erschöpfung (9 Fragen)
- Depersonalisierung (5 Fragen)
- Reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit (8 Fragen)

Eine Bestimmung des individuellen Burnout-Grades ist nicht möglich mit dem Test. Er dient lediglich dazu Hinweise zu geben.

Anleitung: Beantworten Sie die Fragen mit Ja / Nein, indem Sie Ja / Nein umkreisen. Zählen Sie nun alle Kreise der ersten Spalte / linke Seite, markiert mit „Hier zählen“. Wenn Sie mehr als 10 Punkte erreichen, sind Sie burnout-gefährdet und sollten einen Therapeuten aufsuchen.

	<u>Hier zählen</u>	
1. Ich fühle mich durch meine Arbeit emotional erschöpft.	Ja	Nein
2. Ich fühle mich am Ende eines Arbeitstages verbraucht.	Ja	Nein
3. Ich fühle mich bereits ermüdet, wenn ich morgens aufstehe und einen neuen Arbeitstag vor mir liegen sehe.	Ja	Nein
4. Ich kann es leicht verstehen, wie andere Menschen über bestimmte Themen denken.	Nein	Ja
5. Ich habe das Gefühl, einige andere Menschen so zu behandeln, als wären sie Objekte.	Ja	Nein
6. Den ganzen Tag mit Menschen zu arbeiten, strengt mich an.	Ja	Nein
7. Ich gehe erfolgreich mit den Problemen anderer Menschen um.	Nein	Ja
8. Ich fühle mich durch meine Arbeit ausgebrannt.	Ja	Nein
9. Ich habe das Gefühl, durch meine Arbeit das Leben anderer Menschen zu beeinflussen.	Nein	Ja
10. Ich bin Menschen gegenüber abgestumpfter geworden, seit ich diese Arbeit ausübe.	Ja	Nein
11. Ich befürchte, dass mich meine Arbeit weniger mitfühlend macht.	Ja	Nein
12. Ich fühle mich sehr energiegeladen.	Nein	Ja
13. Ich fühle mich durch meine Arbeit frustriert.	Ja	Nein
14. Ich habe das Gefühl, in meinem Beruf zu hart zu arbeiten.	Ja	Nein
15. Es interessiert mich nicht wirklich, was mit anderen Menschen geschieht.	Ja	Nein
16. Bei der Arbeit in direktem Kontakt zu Menschen zu stehen, stresst mich zu sehr.	Ja	Nein
17. Mir fällt es leicht, eine entspannte Atmosphäre zu schaffen.	Nein	Ja
18. Ich fühle mich angeregt, wenn ich eng mit anderen Menschen zusammen-gearbeitet habe.	Nein	Ja
19. Ich habe viele lohnende Ziele bei meiner Arbeit erreicht.	Nein	Ja
20. Ich habe das Gefühl, am Ende meiner Weisheit zu sein.	Ja	Nein
21. Bei meiner Arbeit gehe ich mit emotionalen Problemen gelassen um.	Nein	Ja
22. Ich habe das Gefühl, dass mir manche Menschen bzw. deren Angehörige für manche ihrer Probleme die Schuld geben.	Ja	Nein