Bewegungsintervention bei Burnout und Depression im Lehrberuf

Diplomarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades
einer Magistra der Naturwissenschaften

an der Karl-Franzens-Universität Graz

vorgelegt von
Claudia KRÖPFL

am Institut für Sportwissenschaften
Begutachterin: Ao.Univ.-Prof. Mag. Dr.phil. Andrea Paletta

Graz, 2012
Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis ........................................................................................................ IV

1 Einleitung ............................................................................................................................... 1

2 Lehrerbelastungen und -krankheiten .................................................................................. 3
   2.1 Lehrerkrankheiten und deren Verteilung ...................................................................... 3
   2.2 Vergleich zu anderen Berufsgruppen ............................................................................ 5
   2.3 Stress, Belastung und Beanspruchung ......................................................................... 6
   2.4 Belastungsfaktoren ........................................................................................................ 6
       2.4.1 Gesellschaftlich-kulturelle Bedingungen ................................................................. 8
       2.4.2 Arbeitsaufgaben/ schulorganisatorische Bedingung ............................................... 9
       2.4.3 Soziale Bedingungen ............................................................................................ 15
   2.5 Persönlichkeitsmerkmale .............................................................................................. 18
       2.5.1 Multifaktoriales Gefüge ....................................................................................... 20
   2.6 Psychosomatische Folgen .............................................................................................. 21
   2.7 Seelische Folgen ............................................................................................................. 21

3 Burnout .................................................................................................................................. 22
   3.1 Definition ....................................................................................................................... 22
   3.2 Ätiologie ........................................................................................................................ 24
       3.2.1 Individuum zentrierte, individuell-psychologische Ansätze .................................... 24
       3.2.2 Organisationale, arbeitsbedingte Ansätze ................................................................. 29
       3.2.3 Gesellschaftliche, soziologische, kulturelle Ansätze ............................................... 31
       3.2.4 Ein komplexes, integratives Modell ....................................................................... 32
   3.3 Stress und Bewältigungsressourcen .............................................................................. 34
   3.4 Symptomatik .................................................................................................................. 35
       3.4.1 Psychische Symptome: .......................................................................................... 37
       3.4.2 Verhaltensauffälligkeiten: ..................................................................................... 37
   3.5 Phasen des Burnouts ....................................................................................................... 38
   3.6 Folgen ............................................................................................................................... 42
   3.7 Prophylaxe und Therapie ............................................................................................... 43
4 Depression .............................................................................................................................. 44
  4.1 Symptomatik .................................................................................................................... 45
    4.1.1 Emotionale bzw. psychische Symptome................................................................. 48
    4.1.2 Kognitive Symptome .............................................................................................. 49
    4.1.3 Motivationale Symptome ....................................................................................... 49
    4.1.4 Physiologisch/vegetative bzw. psychosomatische Symptome............................... 49
    4.1.5 Motorischer Ausdruck bzw. psychomotorische Symptome.................................... 50
    4.1.6 Wahnbildungen und Halluzination ....................................................................... 50
    4.1.7 Soziale Symptome................................................................................................. 51
  4.2 Ätiologie ............................................................................................................................ 51
    4.2.1 Genetische Faktoren ......................................................................................... 51
    4.2.2 Biochemische Faktoren ..................................................................................... 52
    4.2.3 Psychologische Ansätze ...................................................................................... 53
  4.3 Lehrer ................................................................................................................................ 55
  4.4 Therapie ............................................................................................................................ 56

5 Sport- und Bewegungsinterventionen bei Burnout und Depression ......................... 57
  5.1 Bewegungsintervention .................................................................................................. 59
    5.1.1 Körpertherapie ..................................................................................................... 62
    5.1.2 Integrierte Bewegungstherapie .......................................................................... 62
    5.1.3 Konzentrierte Bewegungstherapie .................................................................... 63
    5.1.4 Kommunikative Bewegungstherapie ................................................................ 64
    5.1.5 Körper(orientierte) Psychotherapie .................................................................... 65
    5.1.6 Tanztherapie ...................................................................................................... 65
    5.1.7 Sporttherapie ...................................................................................................... 66
  5.2 Erklärungsansätze zur positiven Wirkung von Sport und Bewegung auf Burnout und
    Depression .................................................................................................................... 69
    5.2.1 (Psycho-)Physiologischer Erklärungsansatz ......................................................... 69
    5.2.2 Psychologische Erklärungsansätze .................................................................... 71
    5.2.3 Sozialer Erklärungsansatz .................................................................................. 73
  5.3 Bewegungsintervention bei Burnout und Depression .................................................. 75
    5.3.1 Verbesserung der Wahrnehmungsfähigkeit ......................................................... 76
    5.3.2 Verminderung der Depersonalisation .................................................................. 79
5.3.3 Kognitive Veränderungen ................................................................. 80
5.3.4 Entwicklung von Eigenverantwortung, Selbstvertrauen und Selbstständigkeit 81
5.3.5 Entwicklung von Selbstsicherheit ..................................................... 83
5.3.6 Entwicklung von Kontrollüberzeugung und Selbstwirksamkeit .......... 84
5.3.7 Verminderung der Ängstlichkeit ....................................................... 85
5.3.8 Förderung der Entspannungsfähigkeit .............................................. 86
5.3.9 Entwicklung von Aktivität und Antrieb .......................................... 88
5.3.10 Abbau von Depressivität und Aggression ..................................... 89
5.3.11 Verbesserung der sozialen Integration ............................................ 92
5.3.12 Steigerung des Wohlbefindens ..................................................... 93
5.3.13 Verbesserte körperliche Gesundheit ............................................. 94
5.3.14 Reduzierung der Antidepressiva ................................................... 95
5.4 Umsetzung im Lehrberuf .................................................................... 95

6 Resümee ............................................................................................... 97

Anhang ..................................................................................................... V
Literaturverzeichnis ................................................................................. XVIII
Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gesundheitsstörungen bei vorzeitig dienstunfähigen deutschen Lehrern ..........3
Abbildung 2: Morbiditätsspektrum dienstunfähiger Lehrer .................................................4
Abbildung 3: Hauptdiagnose „Psyche“ .................................................................................4
Abbildung 4: Belastungskategorien und Belastungsfaktoren im Lehrberuf......................7
Abbildung 5: Erwartungen, Lehrerrollen und Aufgaben....................................................12
Abbildung 6: Anteile Lehrer- & Schülerwörter im Unterricht..........................................14
Abbildung 7: 4 Beanspruchungsmuster ..............................................................................19
Abbildung 8: Zusammenfassung der Belastungsmuster.................................................19
Abbildung 9: Personen- und umweltzentrierte Risikofaktoren bei Lehrern.....................34
Abbildung 10: Der Burnout-Zyklus ....................................................................................40
Abbildung 11: Symptome gegliedert nach Burnout-Phasen..............................................42
Abbildung 12: Symptome der Depression ...........................................................................46
Abbildung 14: Körper- und bewegungsorientierte Verfahren...........................................67
Abbildung 15: Erklärungsansätze für therapeutische Effekte von Sport- und Bewegungs- therapie .........................................................................................................................74
1 Einleitung


Welche Ressourcen bei Burnout und Depression relevant sind und welche sport- und bewegungsorientierten Übungen und Aktivitäten zur Stärkung wesentlicher Ressourcen führen können, soll in dieser Arbeit erörtert werden.

Zuerst wird die Problematik und die Verbreitung der psychischen Krankheiten im Lehrberuf dargestellt und ein Vergleich zu anderen Berufsgruppen gezogen. Die spezifischen Belastungen, die als Auslöser dafür gelten, werden kategorisiert und beschrieben, um ein möglichst genaues Bild über berufsspezifische Stressoren darzulegen.

Im zweiten und dritten Teil werden das Burnout-Syndrom und Depression, als sehr häufig auftretende psychische Ursachen für Frühpensionierungen bei Lehrern, anhand derer Symptome und Ätiologie beschrieben. Es wird hierbei vor allem auf die Ursachen und Symptome eingegangen, um in Folge dessen auf wichtige Ressourcen schließen zu können, die durch Sport- und Bewegungsinterventionen gestärkt werden können.

2 Lehrerbelastungen und -krankheiten

2.1 Lehrerkrankheiten und deren Verteilung


Abbildung 1: Gesundheitsstörungen bei vorzeitig dienstunfähigen deutschen Lehrern (Bauer, 2002)


2.2 Vergleich zu anderen Berufsgruppen


Ein Berufsgruppenvergleich zum Thema Burnout, Stand 2007, legte die hohe Burnouttendenz im Lehrberuf fest. So führten Lehrkräfte aus Grundschulen und Hauptschulen mit 52% die Liste an, gefolgt von Lehrkräften aus Grund- & Hauptschulen und Realschulen (jeweils 50%) und Lehrern aus Gesamtschulen (49%). Erst dann kamen Ärzte mit 48% und Pflegepersonal mit 45% Burnout, wobei zu erwähnen wäre, dass dazwischen wieder Lehrkräfte aus Sonderschulen (46%) und aus Gymnasien (44%) lagen. Weitere relativ hohe Anteile stammten von Berufsgruppen aus dem Bereich Gesundheit (44%), Verwaltung niedrig (43%), Verwaltung hoch (42%), Erziehung, Pfarrer und Fertigung (41%). (Krause und Dorsemagen, 2007, S.53)

In der medizinisch-psychosomatischen Klinik Roseneck werden jährlich zwischen 200 und 250 LehrerInnen behandelt. Sie bilden ungefähr 10% aller Patienten und somit mit großen Abstand die größte Berufsgruppe unter Akademikern. (Hillert et al., 2002, S.13)

2.3 Stress, Belastung und Beanspruchung


2.4 Belastungsfaktoren


<table>
<thead>
<tr>
<th>Arbeitsaufgaben/ schulorganisatorische Bedingungen</th>
<th>Schulhygienische Bedingungen</th>
<th>Soziale Bedingungen</th>
<th>Gesellschaftlich-kulturelle Bedingungen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Arbeitsaufgaben</td>
<td>Lärm</td>
<td>Schüler</td>
<td>Ideologische Normen</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbeitszeit</td>
<td>Mikroklima</td>
<td>Kollegen</td>
<td>Kulturelle Normen</td>
</tr>
<tr>
<td>Unterrichtsfach</td>
<td>Luftbeschaffenheit</td>
<td>Schulleitung</td>
<td>Berufsstatus</td>
</tr>
<tr>
<td>Lehrplan</td>
<td>Beleuchtung</td>
<td>Eltern</td>
<td>Berufssimage</td>
</tr>
<tr>
<td>Klassengröße</td>
<td>Klassenraumgröße</td>
<td>Behörden</td>
<td>Gehalt</td>
</tr>
<tr>
<td>Klassenrekrutierung</td>
<td>Unterrichtsfach-spezif. Faktoren</td>
<td></td>
<td>Schulreformen</td>
</tr>
<tr>
<td>Stundenplan</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Arbeitslosigkeit</td>
</tr>
<tr>
<td>Schultyp/-größe</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lehrerfunktionen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Unterrichtsmethode</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lehrmittel</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Weiterbildung</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Physische Belastung</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sprechbelastung</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Abbildung 4: Belastungskategorien und Belastungsfaktoren im Lehrberuf (Rudow, 1994, S.60)**

Einige dieser Faktoren werden folgend genauer besprochen und durch Meinungen und Studien anderer Autoren ergänzt.
2.4.1 Gesellschaftlich-kulturelle Bedingungen

Berufsstatus und Berufsimage in der Öffentlichkeit

etwas abbekämen, weshalb die mittlere Lebensdauer in diesem Beruf so deutlich zurückgegangen sei. Der Autor schließt diesen Gedanken mit den Worten von Prof. Dr. Joachim Bauer „Nichts vermag… Motivation und Antrieb derart nachhaltig zu ruinieren wie ausbleibende positive Verstärker.“ (zit. nach Kolitzus, 2004, S.22)

**Gehalt**


**2.4.2 Arbeitsaufgaben/ schulorganisatorische Bedingung**

**Arbeitsaufgaben**


**Erziehen** bedeutet, dem Lernenden zu helfen, sich persönlich zu entfalten und zur Selbstbestimmung sowie verantwortlichem Handeln zu leiten. Außerdem sollte die Bereitschaft geweckt werden sich zu engagieren und verantwortungsbewusst, kritik- und kompromissfähig zu sein.

Beim **Beurteilen** ist es wichtig Methoden der objektiven Leistungsmessung einzusetzen.

**Beraten** sollte der Lehrer den Lernenden im Bereich der Bildungs- und Erziehungsberatung sowie der Schullaufbahn und Berufsberatung.

Mit **Innovieren** meint Rudow neue methodische, didaktische und curriculare Ansätze kritisch zu hinterfragen und aufzunehmen und an der Entwicklung und Bestimmung neuer Bildungsziele und -inhalte teilzuhaben.

**Beaufsichtigen** bedeutet die Schüler vor Schaden zu bewahren und diese daran zu hindern anderen Schaden zuzufügen.

Die Aufgabe des **Verwaltens** bezieht sich auf die Erfüllung der unterrichtsabhängigen und -unabhängigen Verwaltungsaufgaben. Diese Aufgabe belastet die Lehrer laut empirischen Studien aufgrund des Zeitaufwands und der relativen Anspruchslosigkeit besonders stark. (Rudow, 1994, S. 59ff)

2007, S.9) Wenn man auf den Österreichischen Lehrplan für Volksschulen und dessen Allgemeine Bildungsziele schaut, so wird es nicht wunderlich, dass Gefühle der Überforderung entstehen:


**Rollenkonflikte**


<table>
<thead>
<tr>
<th>Erwartungen der Schüler</th>
<th>„Lehrerrollen“</th>
<th>Aufgaben</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Wissensvermittlung, Beratung, Hilfe, Führung, Anleitung, Orientierung, Freundschaft, Sexualität</td>
<td>Fachmann, Wissender Berater, Helfer Vorbild Freund, Kumpel Geschlechtsrolle</td>
<td>Unterrichten Beraten, Helfen Erziehen Zusammenarbeiten</td>
</tr>
<tr>
<td>Erwartungsträger Eltern</td>
<td>Fachmann Partner Ratgeber, Helfer Entlaster</td>
<td>Unterrichten Zusammenarbeiten Beraten, Erziehen Aufbewahren, Beaufsichtigen</td>
</tr>
<tr>
<td>Wissensvermittlung, Förderung, Zusammenarbeit, Beratung, Hilfe Entlastung, Verwahrung</td>
<td>Arbeitskollege Interessent, Freund Mithelfer, Berater Mitstreiter</td>
<td>Kooperieren Helfen, Unterstützen Beraten</td>
</tr>
<tr>
<td>Erwartungsträger Kollegen</td>
<td>Erwartungsträger Vorgesetzte</td>
<td>Verwalter, Kontrolleur Aufsicht, Organisator Funktionsstelleninhaber Imagepfleger, Berichter Schulentwickler Lernender</td>
</tr>
<tr>
<td>Anteilnahme Unterstützung Entlastung Hilfe, Solidarität</td>
<td>Verwalter, Kontrolleur Aufsicht, Organisator Funktionsstelleninhaber Imagepfleger, Berichter Schulentwickler Lernender</td>
<td>Verwalten, organisieren beaufsichtigen, innovieren Funktionsaufgaben übernehmen Öffentlichkeitsarbeit betreiben</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| Abbildung 5: Erwartungen, Lehrerrollen und Aufgaben (Rothland und Terhart, 2007, S.20)
Arbeitszeit


Klassengröße

Wie zuvor erwähnt, bildet die Klassengröße einen der drei am meisten belastenden Faktoren für Lehrer. Auch Rudow (1994) gibt an, dass 76% der Lehrer die Klassenstärken für zu hoch

**Physische Belastungen**


**Sprechbelastung**


<table>
<thead>
<tr>
<th>Autor</th>
<th>Lehrerwörter</th>
<th>Schülerwörter</th>
<th>Unterrichtsstunde</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Clauß (1954)</td>
<td>80%</td>
<td>20%</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>R. Tausch (1962)</td>
<td>59%</td>
<td>41%</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>Weber (1972)</td>
<td>50%</td>
<td>50%</td>
<td>72</td>
</tr>
<tr>
<td>Diederich (1973)</td>
<td>60%</td>
<td>40%</td>
<td>57</td>
</tr>
<tr>
<td>Schönwälder (1990)</td>
<td>45%</td>
<td>25%</td>
<td>340</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Abbildung 6: Anteile Lehrer- & Schülerwörter im Unterricht (Rudow, 1994, S.69)*
2.4.3 **Soziale Bedingungen**

**Schüler**


**Gewalt in der Schule**

**Schulleitung/ Kompetenz der Führungsperson**


Hagemann (ebd., S.33) beschreibt weiter, dass Gewalterfahrung gekoppelt an die Erfahrung, dieser ohne gesicherte Unterstützung des Rektors, der Kollegen und der Schulbehörde ungeschützt ausgeliefert zu sein, sowie überlange Arbeitszeiten die Entwicklung eines Burnouts fördern. Des Weiteren werden soziale Beziehungen zur Schulleitung als Belastungsfaktor angegeben. (Rudow, 1994)

**Kollegen**


**Eltern**


**Stresssituationen**


- Organisation (39%)
- Schüler (18%)
- Administration (17%)
- Lehrerkollegium (9%)
- Eltern (5%).

Entscheidend ist die wahrgenommene Kontrolle über die Belastungssituation. Laut Blase nehmen Lehrer meistens fehlende Kontrolle im Bereich der schulischen Organisation wahr. Er untersuchte außerdem die Stressgefühle, die in solchen kritischen Situationen auftreten, wobei er folgende fünf Gefühle unterschied:

- Ärger, Frustration und Irritation,
- Depression (bzw. Hilflosigkeit)
- Angst (Antizipation negativer Konsequenzen des Verhaltens),
- Selbstkonzept (persönliche Blamage, eigene Schuldzuschreibung)
- physische Symptome (Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, etc.).

Es zeigte sich, dass Ärger die häufigste Reaktion auf kritische Belastungssituationen ist.
2.5 Persönlichkeitsmerkmale

Folgend soll erörtert werden, warum manche Lehrer anfälliger bzw. gegenüber genannten Belastungsfaktoren widerstandsfähiger als andere sind.

Laut Hagemann (2009, S.13) ist nicht die Dauerbelastung allein für die Entwicklung psychischer Erkrankungen wie Burnout bedeutsam, sondern die hiermit früh getriggerten Kindheitserfahrungen:

- Missachtung eigener Bedürfnisse
- von Grenzverletzungen in Nähe und Distanz (z.B. durch Gewalt oder emotionale Vernachlässigung)
- von frühzeitiger übermäßiger Unterstützung Angehöriger bzw. Konfliktvermeidung, weil nur so die Aufmerksamkeit und Zuneigung abgesichert werden konnte (Entwicklung eines Helfersyndroms),

die zur Unfähigkeit führen sich anderen Menschen anzuvertrauen und um Hilfe und Unterstützung bitten zu können, was „dynamisch von besonderer Bedeutung“ ist. (S.14)


**Abbildung 7: 4 Beanspruchungsmuster (Schaarschmidt und Kieschke, 2007, S.84)**

Die Muster lassen sich zusammengefasst wie folgt beschreiben:

- **Muster G**: „Gesundheitsideal“, hohes berufliches Engagement, ausgeprägte Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen, positives Lebensgefühl, geringe Resignationstendenz, starke offensive Problembewältigung, innere Ruhe und Ausgeglichenheit

- **Muster S**: Schonungstendenz, geringe Bedeutsamkeit der Arbeit/beruflichen Ehrgeiz/Perfektionsstreben, sehr starke Distanzierungsfähigkeit, geringes Engagement

- **Risikomuster A**: überhöhtes Engagement (Selbstüberforderung), geringste Distanzierungsfähigkeit, verminderte Widerstandsfähigkeit, geringe Lebenszufriedenheit

- **Risikomuster B**: hohe Resignationstendenz, ausbleibendes Erfolgserleben, Motivationseinschränkung, reduziertes Arbeitsengagement, das mit vermindelter Belastbarkeit und negativem Lebensgefühl einhergeht

**Abbildung 8: Zusammenfassung der Belastungsmuster (nach Schaarschmidt und Kieschke, 2007, S.88)**
Lehrer wurden in Bezug auf die Verteilung der vier Muster mit anderen Berufsgruppen verglichen. Es stellte sich heraus, dass bei Lehrern die ungünstigste Musterkonstellation besteht. Das wünschenswerte G-Muster kommt nur selten vor und der Anteil an Risikomuster A und B ist außerordentlich groß. Des Weiteren ist das durch Resignation und Erschöpfung gekennzeichnete Risikomuster B bedenkenswert häufig vertreten. „In keiner anderen der zum Vergleich herangezogenen Berufsgruppen sind die Risikomuster (in der Summe) so stark vertreten.“ (Schaarschmidt und Kieschke, 2007, S.89)


### 2.5.1 Multifaktorielles Gefüge

Ein Übermaß an Belastung beruflich und/oder privat scheint auf alle Fälle die Konflikthäufigkeit zu fördern und zu Burnout beizutragen. (Hagemann, 2009, S.139, S.22)

2.6 Psychosomatische Folgen


2.7 Seelische Folgen

Wie bereits am Anfang dieses Kapitels gezeigt, leiden Lehrer bezüglich psychischen Erkrankungen am häufigsten an Depression und Burnout. Auch bei einer Studie von Hagemann (2009, S.140f) überwiegen bei den seelischen Störungen der untersuchten Lehrerstichprobe Depression mit 37% und Burnout mit 31,5 % bzw. eine Kombination der beiden mit einem Anteil von 13%.

Da diese Erkrankungen immer stärker auftreten und in zunehmendem Maße für krankheitsbedingte Arbeitsausfälle und Frühpensionierungen verantwortlich sind, werden beide im Folgenden beschrieben um einen detaillierteren Einblick in deren Entstehungsgeschichte, Ursachen, Symptome und Therapiemöglichkeiten geben zu können.
3 Burnout


3.1 Definition


In den meisten einschlägigen Publikationen werden Freudenberger und Maslach hohe forschungshistorische Bedeutung zugeschrieben und übereinstimmend auf ihre Untersuchungen und Forschungsergebnisse zurückgegriffen.

Freudenberger beschreibt Burnout als einen…


Laut Bauer et al. (2003, S. 216) ist Burnout ein „aus Aufgaben- und Personenmerkmalen sowie sich beständig wandelnden Arbeitsbedingungen resultierendes Reaktionssyndrom, das als spezifische Form der Bewältigung bzw. Lösung von Konflikten, Problemen oder Aufgaben verstanden werden muss.“

medizinischen Bereich wie Lehrer, Sozialarbeiter, Ärzte, etc. am häufigsten davon betroffen sind.

Burisch (2006), der mehrere Definitionsversuche beschreibt und kritisch analysiert, befindet die folgende Definition von Schaufeli & Enzmann als elaborierteste und umfassendste:


3.2 Ätiologie

Unter diesem Punkt werden verschiedene kausale Erklärungsmodelle dargestellt um die Ursachen für Burnout herausfiltern zu können.

3.2.1 Individuum zentrierte, individuell-psychologische Ansätze

Erwartungstheorien

Hier steht wesentlich die Diskrepanz zwischen überhöhten Erwartungen und dem realen Arbeitsalltag im Mittelpunkt.


- Ziele werden so unrealistisch hoch gesteckt, dass sie entweder gar nicht oder nur durch ganz unverhältnismäßigen Energieeinsatz erreicht werden.
Im ersteren Fall bleibt eine Belohnung aus, im letzteren kann sie die angesichts der Anstrengungen weiter gestiegenen Ansprüche nicht erfüllen.

- Mit einem an sich realistischen Ziel werden unrealistische Belohnungserwartungen verknüpft, die nicht einzulösen sind.

(Burisch, 2006, S.50)

**Existentieller Sinn**


Zu einem Scheinsinn kommt es, wenn man sich zum Handeln gedrängt fühlt und Erlebniswerte missachtet. Ruttensteiner listet vier Thesen, gleichwohl der Autorin die Abgrenzung der einzelnen Perspektiven nicht immer eindeutig gelungen ist:

- Burnout ist das Ergebnis von langandauerndem Schaffen ohne Erleben
- Im Burnout zeigt sich eine utilaristische Lebenshaltung, mit konsekutivem Verlust des Lebensgefühls
- Burnout und Stress entstehen aus einem Leben ohne innere Zustimmung zum Inhalt der Tätigkeit
- Hinter dem Burnout steht eine doppelte Beziehungsarmut

ad 1: Die Intention, die subjektive Motivation, eines burnout-gefährdeten Menschen dient nicht der Aufgabe selbst sondern der Karriere, dem Ansehen, der Pflichterfüllung, dem Einkommen oder der sozialen Akzeptanz. Dieser Mensch ist nicht inhaltlich orientiert sondern sachlich. Im Hauptaugenmerk steht nicht das Ausgerichtetsein auf und die
Zuwendung zur Aufgabe bzw. dem Menschen mit dem er sich beschäftigt sondern nur die Tätigkeit. Durch solche sächsameren Intentionen kommt es zu einer Scheinzuwendung, die zu einem Erfüllungsdefizit und folgend zu einem Burnout führen kann. (vgl. Ruttensteiner, S.3; Koller, 2003, S.22)

ad 2: Die existentielle Wirklichkeit und der Wert des eigenen Lebens werden verkannt und nur als Mittel zum Zweck gesehen. Auch andere Menschen, Gefühle und Bedürfnisse werden negiert, woraufhin der Mensch die Beziehung zu sich selbst verliert. Entleerung, Erfüllungsdefizit, psychische Bedürftigkeit und Verlust des Lebensgefühls resultieren aus dieser Missachtung des Eigenwertes und dem Verlust an innerer Zustimmung zu realen Tätigkeiten. (Ruttensteiner)

ad 3: Laut Ruttensteiner kommt es zwangsläufig zu einer inneren Entleerung, einer Vor-Depression, wenn jemand keine innere Beziehung zu seiner Tätigkeit hat, d.h. dessen Inhalt nicht zustimmt. Die Arbeit wird nur gemacht um sie erledigt zu haben. Ruttensteiner fasst diese These mit den folgenden Worten zusammen „Wer viel 'erledigt', ist bald selbst erledigt.“ (ebd., S.4)

ad 4: Burnout kann also als ein Prozess beschrieben werden, der durch ein existentielles Vakuum ausgelöst wird, das auf Grund von Fremdmotivation und fehlender innerer Zustimmung entsteht. Das Resultat ist eine doppelte Beziehungsarmut – sowohl die Beziehung nach innen, zu sich selbst und den eigenen Emotionen wie auch die nach außen, zu anderen Menschen und zum eigenen Beruf ist defizitär. (ebd.)

Defizite im Bereich der vier Grundmotive Auseinandersetzung mit Sicherheiten, Beziehungen, Selbstwert und Finden eines Sinns können zu einem existenzfremden Lebensentwurf führen. (Koller, 2003, S.22; Ruttensteiner, S. 4) Ruttensteiner beschreibt Störungen in den vier Grundmotive und die daraus resultierenden Persönlichkeitsmerkmale einer nicht-existentiellen Lebenshaltung wie folgt:

Wenn Defizite in der ersten Grundmotivation vorhanden sind, deren Fokus auf Sicherheit, Schutz, Halt, Angenommensein und Raum liegt, entsteht ein Gefühl der Unsicherheit, Haltlosigkeit und Bedrohung. Betroffene halten an allem, was Halt verspricht, fest, insbesondere gut strukturierte und starr geordnete Tätigkeiten.

Auf der Ebene der dritten Grundmotivation handelt es sich um die Anerkennung des Eigenen, des Selbstwertes und die Rechtfertigung der eigenen Existenz. Der Wunsch von anderen geschätzt und geehrt zu werden und sich selbst schätzen zu können ist hier verinnerlicht. Störungen in diesem Bereich zeigen sich durch mangelnden Selbstwert, weshalb diese Menschen zwanghaft nach Anerkennung suchen. Sie sind anfällig für Angebote, die diese versprechen, wie Karriere oder Geld.

Im Bereich der vierten Grundmotivation geht es schlussendlich um das Finden eines Sinnes, um sich selbst und sein Leben verstehen zu können. Wem diese existentielle Haltung fehlt, wird mit hoher Wahrscheinlichkeit beginnen einem Scheinsinn zu folgen und ist somit prädestiniert dafür zum Beispiel Modeströmungen, ideologischen Erklärungen oder gesellschaftlich anerkannten Zielen zu verfallen, an welchen dieser schließlich erkrankt.


Des Weiteren stellt auch Fischer (1983, nach Burisch, 2006) eine gestörte Persönlichkeitsstruktur als Ursache für Burnout dar. Er greift drei Fälle auf, die als Hauptmotivation für ihre Arbeit angaben sich außergewöhnlich und überlegen fühlen zu wollen, was laut Ruttensteiner auf eine Störung im Bereich der dritten Grundmotivation hinweist. Wenn diese Personen auf Frustrationen in der Arbeit treffen, unternähmen sie alles
Mögliche und gehen bis ans Ende ihrer Grenzen um ein Scheitern zu verhindern. Laut Fischer (ebd.) hätten Ausbrenner Angst, dass ein Versagen ihrerseits der ganzen Welt zeigen würde wie „durchschnittlich“ und „kindlich“ sie eigentlich wären. „Der echte Ausbrenner klammere sich zäh an eine hohe Selbstachtung und weigere sich aufzugeben, er verdopple seine Anstrengung, um die ‚Illusion seiner Grandiosität‘ nicht fahrenlassen zu müssen.“ (ebd., S.55)

3.2.2 Organisatorische, arbeitsbedingte Ansätze

Dieser Ansatz konzentriert sich vor allem auf die organisationalen Bedingungen, die als Ursache für Burnout angesehen werden.

Cherniss interviewte 28 Personen kurz nach ihrem Berufseinstieg und bis weitere sechs Mal im Zeitraum von 12 Jahren um verschiedene Burnout-relevante Faktoren feststellen zu können. Er fokussierte sich im Besonderen auf Stressquellen aus der organisationalen Umwelt. In seinem Modell lassen sich folgende 8 burnoutverursachende Faktoren aus der Arbeitsumgebung finden:

- Qualität des Einführungsprozesses
- quantitative Arbeitsbelastung
- intellektuelle Anregung
- Einseitigkeit des Klientenkontakts
- Ausmaß an bürokratischer Kontrolle
- Eindeutigkeit der Arbeitsziele
- Führung
- Verhältnis zu Kollegen


**Arbeitsüberlastung** – Um die Produktivität einer Firma zu steigern, wird die Arbeit für den einzelnen Arbeitnehmer intensiver, wobei es immer schwieriger wird, Zeit für Entspannung zu finden. Die Arbeit nimmt außerdem mehr Zeit in Anspruch und wird komplexer, da Arbeitsbereiche zwecks Personalabbau auf weniger aufgeteilt werden. Die entstehende Mehrbelastung führt zu Erschöpfung.

**Mangel an Kontrolle** – Bei vielen zu erledigenden Aufgaben ist es wichtig selbstständig Prioritäten und Herangehensweisen setzen zu können um nicht von der Arbeit überfordert zu werden. Wenn diese Kontrollmöglichkeit nicht gegeben ist, werden Menschen abgehalten auf auftretende Probleme einzugehen und verlieren das Interesse an der Arbeit, weil sie sich einflusslos fühlen.

**Unzureichende Belohnung** – Sowohl extrinsische als auch intrinsische Belohnungen werden geschmälert. Beim ersteren spielen Lohnkürzungen und mehr Arbeit für weniger Geld eine Rolle, beim zweiteren die Freude an der Arbeit und der Austausch wie die Wertschätzung der Kollegen, die durch Arbeitsüberlastung, Zeitdruck und Kontrollverlust verloren gehen.

**Zusammenbruch der Gemeinschaft** – Durch einseitige Fokussierung auf Profiterreichung wird die Gemeinschaft vernachlässigt, Teamarbeit untergraben und jeder arbeitet nur mehr für sich alleine. Der Verlust der Gemeinschaft führt zu Konflikten, einer Verringerung der gegenseitigen Unterstützung und Respekt und führt schlussendlich zur Isolation.
Fehlen von Fairness – Wenn Vertrauen, Respekt und Offenheit in einem Unternehmen fehlen, kommt es zu Misstrauen, Zynismus und Verlust an Engagement, welche Faktoren die Entwicklung von Burnout fördern.


Hillert (2006, S.141f) bestätigt diesen Ansatz indem er Burnout als Folge „beruflicher Be- und Überlastung“ versteht und an arbeitsbezogenen Stressoren interessiert ist. Er nennt als Stressoren, unter anderem, quantitative Arbeitsüberlastung, zu viel Verantwortung, Bezahlung, (fehlende) Aufstiegsmöglichkeiten, Rollenkonflikte, Kontrollmöglichkeiten, Konflikte, etc. Diese wie auch die zuvor erwähnten erinnern stark an die arbeitsbezogenen Belastungsfaktoren im Lehrberuf, die in Kapitel 1 besprochen wurden.

### 3.2.3 Gesellschaftliche, soziologische, kulturelle Ansätze

3.2.4 Ein komplexes, integratives Modell

Mehrere Autoren führen alle drei, oben genannte, Ansätze zusammen und stellen Burnout als ein multifaktorielles Modell dar, bei welchem Faktoren aus verschiedenen Ansätzen eine Rolle spielen. (vgl. Rudow, 1994; Seibt et al., 2007; Maslach, 2001; Perlmann & Hartmann nach Burisch, 2006; Knauder, 2005)


Knauder (2005) unterscheidet bei Lehrern ähnlich wie die zuvor genannten Autoren zwischen folgenden personenzentrierten (A und B) und umweltbezogenen Risikofaktoren (C und D):

<table>
<thead>
<tr>
<th>A Unterrichts- und erziehungsbezogene Kompetenzen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>- mangelhafte pädagogisch-psychologische Ausbildung im Allgemeinen,</td>
</tr>
<tr>
<td>- mangelhafte schulpraktische Ausbildung,</td>
</tr>
<tr>
<td>- fehlende Kompetenzen in speziellen Bereichen (z.B. Umgang mit Behinderten in Integrationsklassen) und</td>
</tr>
<tr>
<td>- „chaotischer“ Unterrichts- und Erziehungsstil (unklare Anweisungen an die Schüler, ungenaue Zielformulierungen, „Die Schüler machen was sie wollen“)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>B Personbedingte Merkmale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Kognitive Ebene:</td>
</tr>
<tr>
<td>- unrealistische Zielsetzungen und Erwartungen (z.B. Weltverbesserer-Haltung)</td>
</tr>
<tr>
<td>- persönliche Misserfolgszuschreibungen und Untergraben der eigenen Fähigkeiten</td>
</tr>
<tr>
<td>- utopische Vorstellungen im schulischen Bereich (z.B. grenzenloser Einsatz für die Schüler)</td>
</tr>
<tr>
<td>Motivationale Ebene:</td>
</tr>
<tr>
<td>- Überengagement durch die obigen unrealistischen Erwartungen,</td>
</tr>
<tr>
<td>- ausschließlich Konzentration auf die Schule,</td>
</tr>
<tr>
<td>- besonderes Bedürfnis nach Nähe (z.B. als Ersatz für fehlende soziale Beziehungen im Alltag)</td>
</tr>
<tr>
<td>Soziale Dimension:</td>
</tr>
<tr>
<td>- Einzelkämpfertum und Teamunfähigkeit,</td>
</tr>
<tr>
<td>- Vernachlässigung bzw. Fehlen eines sozialen Netzwerks im Alltag,</td>
</tr>
<tr>
<td>- Mitschwimmer-Syndrom (z.B. mangelnde Selbstbehauptung aufgrund zu geringen Selbstwertgefühls)</td>
</tr>
<tr>
<td>Körperlicher Bereich</td>
</tr>
<tr>
<td>- ungesunde Ernährung und Lebensweise (z.B. Frust mit Alkohol hinunterspülen)</td>
</tr>
<tr>
<td>- fehlende oder gering ausgeprägt Entspannungsfähigkeit und</td>
</tr>
<tr>
<td>- Ignorieren körperlicher Warnsignale (z.B. Schlaflosigkeit)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>C Unmittelbares Arbeitsumfeld</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>- Schüler mit unterschiedlichen (Erziehungs-) Defiziten,</td>
</tr>
<tr>
<td>- Hürden und Kontrollen durch Bürokratie</td>
</tr>
<tr>
<td>- fehlende Kriterien zur Beurteilung eigener Arbeitsleistung,</td>
</tr>
<tr>
<td>- eingeschränkte persönliche Autonomie</td>
</tr>
</tbody>
</table>
- schlechtes Verhältnis zur Schulleitung
- Arbeitsüberlastung
- schlechtes Gruppenklima
- fehlende Unterstützung durch Kollegen
- isoliertes Arbeiten
- wenig Herausforderung durch die Arbeit
- fehlende Aufstiegs möglichkeiten
- geringe Bezahlung

D Gesamtgesellschaftliche Merkmale
- Zerfall traditioneller Werte,
- Uneinheitlichkeit im Erziehungswesen,
- überhöhte Erwartungen der Öffentlichkeit
- schlechtes Berufimage der Lehrer

Abbildung 9: personen- und umweltzentrierte Risikofaktoren bei Lehrern (Knauder, 2005, S59f)


3.3 Stress und Bewältigungsressourcen


3.4 Symptomatik

Folgende drei Kernsymptome wurden von Maslach beschrieben und werden von den meisten Autoren seither als Hauptmerkmale des Burnout Syndroms dargestellt (vgl. Rudow, 1994; Bauer et al., 2003; Burisch, 2006; Hillert, 2006; Bergner, 2007): emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und reduzierte Leistungsfähigkeit, die gleichzeitig die drei Skalen des Maslachs Burnout Inventory bilden, welches heute noch die meistverwendete Methode zur Burnout-Feststellung ist.


*Depersonalisation* bezeichnet eine gefühllose, gleichgültige, distanzierte oder zynische Einstellung gegenüber anderen Menschen, vor allem Klienten oder Patienten. Meistens geht dies mit einem Verlust des eigenen Idealismus einher. Üblicherweise entwickelt sich Depersonalisation auf Grund einer Überlastung an emotionalen Überforderungen und entsteht
grundsätzlich als eine Art Selbstschutz um emotionale Belastungen puffern zu können. Diese Distanziertheit birgt das Risiko in sich zu einem vollständigen gesellschaftlichen Rückzug und zur Vermeidung von Kontakten zu führen. Die Depersonalisation bildet die interpersonelle Dimension des Burnouts. (Maslach & Goldberg, 1998, S.64; Stadler, 2006; Bauer et al., 2003)


Körper, Geist und Seele


<table>
<thead>
<tr>
<th>physische Symptome:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Psychosomatisch</td>
</tr>
</tbody>
</table>

3.4.1 Psychische Symptome:

- emotional: Versagensgefühle, Schuldgefühle, Ärger, Gleichgültigkeit,
- Misstrauen, Verlust von Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl,
- Hoffnungs- und Perspektivenlosigkeit, mangelnde Körperwahrnehmung, Zynismus, Verlust von Lebensfreude, Spontaneität,
- und Kreativität,
- kognitiv: Konzentrationsstörungen, Denkhemmung, Widerstand gegen Veränderungen, Gedankenkreisen, Entscheidungsunfähigkeit,
- Störung der Aufmerksamkeit
- motorisch: Verspannungen, Tics

3.4.2 Verhaltensauffälligkeiten:

- Familie: zunehmender Rückzug, Gefühl der Überforderung, gestörte Kommunikationsfähigkeit und Konfliktvermeidung,
- Freundeskreis: Vernachlässigung gemeinsamer Hobbies, fehlende Anteilnahme, zunehmende innere Entfernung
- Berufswelt: verminderte Effizienz, Leistungsschwäche, Angst vor Versagen, vermehrte Fehlerhäufigkeit, zunehmende Arbeitsintensität, drohender Verlust der
Impulskontrolle, Reduzierung des Kontakts zu Kollegen, Verlust sozioemotionaler Kompetenz und Begeisterungsfähigkeit

- Drogenkonsum (Alkohol, Tabletten, Tabak, Kaffee), erhöhte Aggressivität
  (vgl. Hagemann, 2009, S. 53f; Schutzbach, 2011, S.31ff)


3.5 Phasen des Burnouts

Der Prozess des Ausbrennens wird häufig durch mehrere Phasen dargestellt, die jeweils durch bestimmte Symptome gekennzeichnet sind. Über die Anzahl und Benennung der Phasen herrscht auch hier keine Einheit, doch soll folgend durch gemeinsame Eigenschaften und Symptome ein einheitlicher Überblick gegeben werden.


Die dritte (bzw. 2.) Phase wird als „Frustration“ (Rudow, Lauderdale) oder „weiterführende Phase“ (Knauder) bezeichnet. Es ist die entscheidende Phase verbunden mit Gefühlen der MachlOslosigkeit und des Ausgeliefertseins und dem Infragestellen der eigenen Kompetenz und Effektivität. Ausgeprägtere somatische Symptome wie Migräne und Rückenschmerzen treten auf. Entspannung ist nur mehr mit Alkohol oder Beruhigungsmitteln zu erreichen. Frauen sehen meistens sich selbst als Ursache für diesen Zustand, welchen sie als eigenes Versagen interpretieren und fühlen sich hilflos, was in Folge ihr Selbstwertgefühl verringert. Männer hingegen suchen die Fehler häufiger in der Umwelt. Sie reagieren mit aggressivem Verhalten und Wutausbrüchen. Es beginnt ein Teufelskreis durch steigende Feindseligkeit oder Rückzug.

Wird in dieser Phase nicht in irgendwelcher Form Hilfe gesucht, zieht sich der Betroffene immer weiter zurück bis zum vollständigen Verlust der Anteilnahme an der Umwelt, endend in Isolation und Einsamkeit. Ein Gefühl der Hoffnungslosigkeit und Sinnlosigkeit verdichtet sich. Betroffene können nichts mehr empfinden und fühlen sich innerlich tot und müde. In der Endphase erstarrt jede Bewegung, Depression wird offensichtlich und endet oft in Selbstmordabsichten bzw. –versuchen. Das Leitsymptom dieser Phase, die mit „Verzweiflung“ (Kolitzus), „Isolation und Passivität“ (Bergner), „Apathie“ (Rudow) bzw. „Endphase“ (Knauder) umschrieben wird, ist die Isolation und die Leitreaktion die Lähmung.

Abbildung 10: Der Burnout-Zyklus (Freudenberger&North, 1992, nach Stadler, 2006, S.6)


### Burnout-Symptomatik

<table>
<thead>
<tr>
<th>1. Warnsymptome der Anfangsphase</th>
<th>für die Arbeitszufriedenheit</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>a) Überhöhter Energieeinsatz</td>
<td>d) Erhöhte Ansprüche</td>
</tr>
<tr>
<td>– Hyperaktivität</td>
<td>– Konzentration auf die eigenen Ansprüche</td>
</tr>
<tr>
<td>– Freiwillige unbezahlte Mehrarbeit</td>
<td>– Gefühl mangelder Anerkennung</td>
</tr>
<tr>
<td>– Gefühl der Unentbehrlichkeit</td>
<td>– Gefühl, ausgebeutet zu werden</td>
</tr>
<tr>
<td>– Gefühl, nie Zeit zu haben</td>
<td>– Eifersucht</td>
</tr>
<tr>
<td>– Verleugnung eigener Bedürfnisse</td>
<td>– Familienprobleme</td>
</tr>
<tr>
<td>– Verdrängung von Misserfolgen und Enttäuschungen</td>
<td>– Konflikte mit den eigenen Kindern</td>
</tr>
<tr>
<td>– Beschränkung sozialer Kontakte auf Klienten</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>b) Erschöpfung</th>
<th>3. Emotionale Reaktionen; Schuldzuweisung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>– Nicht Abschalten können</td>
<td>a) Depression</td>
</tr>
<tr>
<td>– Energiemangel</td>
<td>– Schuldgefühle</td>
</tr>
<tr>
<td>– Unausgeschlafenheit</td>
<td>– Reduzierte Selbstachtung</td>
</tr>
<tr>
<td>– Erhöhte Unfallgefähr</td>
<td>– Insuffizienzgefühle</td>
</tr>
<tr>
<td>b) Reduziertes Engagement</td>
<td>– Gedankenverlorenheit</td>
</tr>
<tr>
<td>a) Für Klienten, Patienten etc.</td>
<td>– Selbstmitleid</td>
</tr>
<tr>
<td>– Desillusionierung</td>
<td>– Humorlosigkeit</td>
</tr>
<tr>
<td>– Verlust positiver Gefühle gegenüber Klienten</td>
<td>– Unbestimmte Angst und Nervosität</td>
</tr>
<tr>
<td>– Größere Distanz zu Klienten</td>
<td>– Abrupte Stimmungsschwankungen</td>
</tr>
<tr>
<td>– Meidung von Kontakt mit Klienten und/oder Kollegen</td>
<td>– Verringerte emotionale Belastbarkeit</td>
</tr>
<tr>
<td>– Aufmerksamkeitstörungen in der Interaktion mit Klienten</td>
<td>– Bitterkeit</td>
</tr>
<tr>
<td>– Verschiebung des Schwerge wichts von Hilfe auf Beaufsichtigung</td>
<td>– Abstumpfung, Gefühl von Abgestorbensein und Leere</td>
</tr>
<tr>
<td>– Schuldzuweisung für Probleme an Klienten</td>
<td>– Schwächegefühl</td>
</tr>
<tr>
<td>– Höhere Akzeptanz von Kontrollmitteln wie Strafen oder Tranquilizern</td>
<td>– Neigung zum Weinen</td>
</tr>
<tr>
<td>– Stereotypisierung von Klienten, Kunden, Schülern etc.</td>
<td>– Ruhelosigkeit</td>
</tr>
<tr>
<td>– Betonung von Fachjargon</td>
<td>– Gefühl des Festgefahrenseins</td>
</tr>
<tr>
<td>– Dehumanisierung</td>
<td>– Hilflosigkeits-, Ohnmachtsgefühle</td>
</tr>
<tr>
<td>b) Für andere allgemein</td>
<td>– Pessimismus, Fatalismus</td>
</tr>
<tr>
<td>– Unfähigkeit zu geben</td>
<td>– Apathie</td>
</tr>
<tr>
<td>– Kälte</td>
<td>– Selbstmordgedanken</td>
</tr>
<tr>
<td>– Verlust von Empathie</td>
<td>b) Aggression</td>
</tr>
<tr>
<td>– Verständnislosigkeit</td>
<td>– Schuldzuweisung an andere oder »das System</td>
</tr>
<tr>
<td>– Schwierigkeiten, anderen zuzuhören</td>
<td>– Vorwürfe an andere</td>
</tr>
<tr>
<td>– Zynismus</td>
<td>– Verleugnung der Eigenbeteiligung</td>
</tr>
<tr>
<td>c) Für die Arbeit</td>
<td>– Ungeduld</td>
</tr>
<tr>
<td>– Verlust von Idealismus</td>
<td>– Launenhaftigkeit</td>
</tr>
<tr>
<td>– Desillusionierung</td>
<td>– Intoleranz</td>
</tr>
<tr>
<td>– Negative Einstellung zur Arbeit</td>
<td>– Kompromissumfähigkeit</td>
</tr>
<tr>
<td>– Widerwillen und Überdruss</td>
<td>– Nörgeleien</td>
</tr>
<tr>
<td>– Widerstand, täglich zur Arbeit zu geben</td>
<td>– Negativismus</td>
</tr>
<tr>
<td>– Ständiges Auf-die-Uhr-sehen</td>
<td>– Reizbarkeit</td>
</tr>
<tr>
<td>– Fluchtphantasien</td>
<td>– Ärger und Ressentiments</td>
</tr>
<tr>
<td>– Tagträumen</td>
<td>– Defensive/paranoide Einstellungen</td>
</tr>
<tr>
<td>– Überziehen von Arbeitspausen</td>
<td>– Misstrauen</td>
</tr>
<tr>
<td>– Verspäteter Arbeitsbeginn</td>
<td>– Häufige Konflikte mit anderen</td>
</tr>
<tr>
<td>– Vorverlegter Arbeitsschluss</td>
<td>4. Abba</td>
</tr>
<tr>
<td>– Fehlzeiten</td>
<td>a) der kognitiven Leistungsfähigkeit</td>
</tr>
<tr>
<td>– Verlagerung des Schwerge wichts auf die Freizeit, Aufblühen am Wochenende</td>
<td>– Konzentrations- und Gedächtnisschwäche</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>– Unfähigkeit zu komplexen Aufgaben</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>– Ungenauigkeit</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>– Desorganisation</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>– Entscheidungsunfähigkeit</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>– Unfähigkeit zu klaren Anweisungen</td>
</tr>
</tbody>
</table>
– Höheres Gewicht materieller Bedingungen
– Verringerte Produktivität
– Dienst nach Vorschrift

c) der Kreativität
– Verringerte Phantasie
– Verringerte Flexibilität

d) Entdifferenzierung
– Ridges Schwärzweißdenken
– Widerstand gegen Veränderungen aller Art

5. Verflachung
a) des emotionalen Lebens
– Verflachung Gefühlsmäßiger Reaktionen
– Gleichgültigkeit

b) des sozialen Lebens
– Weniger persönliche Anteilnahme an anderen
oder exzessive Bindung an einzelne
– Meinung informeller Kontakte
– Suche nach interessanteren Kontakten
– Meinung von Gesprächen über die eigene Arbeit
– Eigenbrötteleien
– Mit sich selbst beschäftigt sein
– Einsamkeit

c) des geistigen Lebens
– Aufgeben von Hobbys
– Desinteresse
– Langeweile

b) der Motivation
– Verringerte Initiative

6. Psychosomatische Reaktionen
– Schwächung der Immunreaktion
– Schlafstörungen
– Albträume
– Sexuelle Probleme
– Gerötetes Gesicht
– Herzklopfen
– Engegefühl in der Brust
– Atembeschwerden
– Beschleunigter Puls
– Erhöhter Blutdruck
– Muskelverspannungen
– Rückenschmerzen
– Kopfschmerzen
– Nervöse Tics
– Verdauungsstörungen
– Übelkeit
– Magen-Darm-Geschwüre
– Gewichtsveränderungen
– Veränderte Essgewohnheiten
– Mehr Alkohol/Kaffee/Tabak/andere Drogen

7. Verzweiflung
– Negative Einstellung zum Leben
– Hoffnungslosigkeit
– Gefühl der Sinnlosigkeit
– Selbstmordabsichten
– Existentielle Verzweiflung

Abbildung 11: Symptome gegliedert nach Burnout-Phasen (Burisch, 2006)

3.6 Folgen

Neben den psychischen Folgen, kann Burnout auf Grund der körperlichen und physiologischen Reaktionen, die bei den Symptomen genauer beschrieben wurden, zu psychosomatischen und internistischen Krankheiten wie Koronare Herzkrankheit, Typ-2-Diabetes, Hypertonie, Adipositas und muskuloskelettale Erkrankungen führen. Durch den anhaltenden Stress bleiben vermutlich das Nervensystem und die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse chronisch aktiviert und dadurch die Spiegel des Stresshormons Cortisol erhöht, was zuvor erwähnte Krankheiten auslösen kann.
3.7 Prophylaxe und Therapie


Da das Burnout-Syndrom in seiner Symptomatik in den späten Phasen nahe an der Depression liegt mit klassischen depressiven Symptomen, wie Verlust von Selbstvertrauen, Selbstwertgefühl, depressiver Grundstimmung, Konzentrationsstörungen etc. und auf Grund von Klassifizationsschwierigkeiten meistens als Depression beschrieben wird bzw. diese selbst auch, wie im ersten Kapitel gezeigt, häufig bei Lehrern auftritt, wird ihr Krankheitsbild im nächsten Kapitel genau dargestellt.
4 Depression


Die Depression wird heutzutage im Internationalen Klassifikationsschema (ICD-10) als unipolare affektive Störung bezeichnet. Dieses wurde von der WHO entwickelt um Krankheiten und Gesundheitsprobleme international zu klassifizieren.

Als affektive Störung wird in diesem Zusammenhang eine Störung der Grundstimmung bezeichnet. Im Gegensatz zu bipolaren Störungen treten bei einzelnen (unipolen) Störungen ausschließlich depressive Symptome auf. (Ruf, 2008, S.14)


4.1 Symptomatik


<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>GRUNDSYMPTOME</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1.</td>
<td>Depressive Grundstimmung:</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>schwermütige, gedrückte, traurige Stimmung, Angst, innere Unruhe, dysphorische (mürrisch- gereizte) Stimmung, dumpfe Gleichgültigkeit, „Gefühl der Gefühllosigkeit“, vitale Traurigkeit (im Bereich der Körpergefühle lokalisiert).</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Denkhemmung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Einfallsarmut, langsames, mühsames Denken, Gedankenreisen, Zwangsideen, Änderung der Zielvorstellung erschwert, Monideismus, Innere Leere, pessimistische Inhalte, Suizidideen.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Hemmung der zentrifugalen Funktionen:</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>AKZESSORISCHE SYMPTOME</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Somatische Erscheinungen:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Allgemeine Störungen:</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Schmerzzustände verschiedenster Art (Kopfdruck, neuralgiforme Schmerzen, Gelenk-, Muskel- und abdominale Beschwerden). Verringriger Tugor (trockene, blasse, schlaffe Haut).</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Herz- und Atembeschwerden:</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Rhythmusstörungen (Brady- und Tachykardie, Extrasystolie, „Herzklopfen“, Herzbeklemmungen, pseudo-pectanginöse Beschwerden, Bradypnoe, flache Atmung.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Störungen im Bereich der Verdauungorgane</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Mundtrockenheit (verminderte Speichelsekretion), Engegefühl im Hals, Globusgefühl, Völlegefühl, Magendruck, Obstipation.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Störungen im Bereich der Sexualität und der Urogenitalorgane:</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Frigidität, Impotenz, Menstruationsstörungen, Fluor vaginalis, Dys- und Pollakisie.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Abbildung 12: Symptome der Depression (Erkelens&Golz, 1998, S.20)
Gedrückte Stimmung, Freudlosigkeit, Interessensverlust und eine Verminderung des Antriebs werden im internationalen Klassifikationsschema psychischer Störungen (ICD-10) als Leitsymptome der affektiven Störung angegeben. Als weitere, häufig auftretende, Symptome werden folgende dargestellt:

1. Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
2. Vermindertes Selbstwertgefühl
3. Schuldgefühle und Gefühle der Wertlosigkeit
4. Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven.
5. Gedanken an oder tatsächlich erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen
6. Schlafstörungen
7. Verminderter Appetit


Generell erfolgt bei der Zusammenfassung der depressiven Symptome eine Unterteilung in Hauptklassen. Die Zahl der Klassen und ihre Benennung sind oft unterschiedlich doch wird hier versucht eine allgemeine Unterteilung zu finden, die alle einbindet.

Erkelens und Golz (1998, S.22) greifen auf Hautzingers (1979) Unterteilung zurück, der diese von Beck übernimmt, welcher die Symptome in 4 Hauptklassen unterteilt:

1. emotionale Symptome
2. kognitive Symptome
3. motivationale Symptome
4. physiologisch, vegetative Symptome

Hautzinger fügt zwei weitere hinzu:

5. motorischen Ausdruck
6. Wahnvorstellungen und Halluzinationen
Erkelens und Golz ergänzen noch ein weiteres:

7. die sozialen Symptome


Folgend werden diese Einteilungen beschrieben und durch die Ansichten verschiedener Autoren erweitert.

4.1.1 Emotionale bzw. psychische Symptome

„Unter emotionalen Symptomen subsumiert Beck (1979) Veränderungen im emotionalen Befinden.“ (Erkelens&Golz, 1998, S.22) Symptome dieser Gruppe zeichnen sich durch niedergedrückte Stimmung, negative Gefühle sich selbst gegenüber, Depriemiertheit, Selbstthass, Verlust befriedigender Gefühle, etc. aus.


Depressive leiden unter einem Gefühl der Gefühllosigkeit und verlieren das Gefühl des Berührteins und des Sich- Angesprochen- Fühlens. Sie können sich nicht mehr freuen und merken, dass positive Gefühle gegenüber nahen Bezugspersonen abschwächen, was ihnen gleichzeitig Kummer bereitet. Symptome der Angst und soziale Ängste sind weitere Leitsymptome dieser Gruppe. Bei 2/3 der Depressiven tritt enorme Zukunftsangst auf.

4.1.2 Kognitive Symptome


1. zu sich selbst, gegenüber seinen Fähigkeiten, seinem Körper und seinem Aussehen
2. zu seiner Umwelt
3. gegenüber seiner Zukunft

Die negative Wahrnehmung depressiver Personen führt zu einem negativen Schema, das sich durch weitere fehlgelenkte Wahrnehmungen verstärkt und festigt. Schlussendlich führt dies zu einer so genannten negativen Triade. Die negative Ansicht von sich und der Umwelt wird immer mehr verstärkt und die negative Sicht der eigenen Person durch diese Denkfehler immer wieder erneut bestätigt.


4.1.3 Motivationale Symptome


4.1.4 Physiologisch/vegetative bzw. psychosomatische Symptome


4.1.5 Motorischer Ausdruck bzw. psychomotorische Symptome


4.1.6 Wahnvorstellungen und Halluzination

4.1.7 **Soziale Symptome**

Durch die oben genannten Symptome entfernt sich der depressive Mensch oft von seinen Freunden und Bekannten. Dadurch vereinsamt die Person immer mehr und innerhalb der Familie kann es zu Problemen kommen, wenn wenig Verständnis für den Erkrankten und sein ständiges Jammern und Klagen zu finden ist.

Weiters entsprechen depressive Menschen häufig den Arbeitsanforderungen nicht mehr, da sie nicht mehr in der Lage sind Pflichten und Aufgaben zu erfüllen, was oft zum Arbeitsverlust führt.

4.2 **Ätiologie**

Viele Jahre hat die Depressionsforschung versucht die Ursachen für die Krankheit zu suchen und festzustellen. Durch die Vielzahl widersprüchlicher Ergebnisse und die Heterogenität der Syndrome, kam man zu der Erkenntnis, dass verschiedene Ansätze nur teilweise eine Erklärung für die Ätiopathogenese der Depression aufweisen und dass es nicht möglich ist ein Modell zu finden, das gleichermaßen alle Formen repräsentiert. Die folgenden Modelle und Erklärungsversuche sind daher nur ein Ausschnitt aus verschiedenen Bereichen und sollen die Vielfalt möglicher Faktoren darstellen.

4.2.1 **Genetische Faktoren**

Die genetische Disposition wird anhand von Familien-, Zwillings- und Adoptionsforschung untersucht. Zwillingsstudien ergaben dass die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung bei eineigen Zwillingen zwischen 30 und 90% liegt. Bei zweieiigen Zwillingen liegt die Konkordanzrate (d.h. beide Zwillinge erkranken) mit 0%–24% nicht höher als bei Nicht-Zwillingsgeschwistern.


Durch die Komplexität der Erkrankung kann kein einzelnes Gen als Ursache dienen. Anhand einer Studie des Wiener Forschers Pezawas im März 2008 konnte erstmals gezeigt werden „dass die Wirkung des antidepressiv wirkenden Serotonin- Transportergens (SLC6A4) kritisch davon abhängig ist, welche genetische Variante des BDNF (Brain-Derived-


4.2.2 Biochemische Faktoren

Störungen der Neurotransmission


Neuroendokrinologische Störungen

Im Mittelpunkt der Depressionsforschung stehen einerseits das Hypothalamus-Hypophysen- Nebennierensystem und andererseits das Hypothalamus-Hypophyse-Wachstumshormon- System. Ergebnisse liefern einen Hinweis auf eine Störung im HHNS, die eine höhere Cortisolsekretion bei Depressiven im Vergleich zu Nicht-Depressiven feststellen.

Auch das Wachstumshormon (Somatrope Hormon) scheint eine Veränderung während depressiver Phasen aufzuweisen. Die STH- Sekretion ist bei endogenen Depressiven signifikant verringert. (vgl. Erkelens&Golz 1998, S.63)

4.2.3 Psychologische Ansätze

Life-Event-Forschung


Lerntheorie des Verstärkerverlustes durch Lewinsohn

Hierbei geht es um positive Verstärker, die von folgenden Umständen abhängig sind:

- der Anzahl potentiell verstärkender Ereignisse und positiver Aktivitäten der Person,
- dem interaktiven und sozialen Verhaltensrepertoire der Person und den sozialen Fertigkeiten, die ihr in ihrer Umwelt potentiell vorhandene Verstärker zugänglich macht,

Kommt es zu einer subjektiv dramatischen Änderung der Lebensumstände, z.B. durch den Verlust eines Partners, verliert die Person eine erhebliche Menge und Qualität an vorher
zugänglichen Verstärkern. Wenn diese Person nicht genug positive Verstärker in ihrer Umwelt findet und sich die Rate der positiven Verstärkung erniedrigt, kann die Depression möglicherweise ausgelöst bzw. aufrechterhalten werden. (vgl. Schmedt 1993, S.14f; Pichler 2001, S.22; Huber 1990, S.49)

**Theorie der gelernten Hilflosigkeit**


Weiters führen Depressive Misserfolge häufig auf Unzulänglichkeiten der eigenen Person zurück, was längerfristig das Selbstwertgefühl sinken lässt. (vgl. Schmedt 1993, S.16; Pichler 2001, S.24)

**Kognitive Triade der Depression**

Die Kognitive Triade wurde schon zuvor im Kapitel Symptome ausführlicher besprochen. Beck vermutet als Basis einer Depression eine kognitive Störung, die durch früher ungünstige, belastende Erfahrungen entstanden ist. Unter kognitive Triade versteht er eine negative Sicht der persönlichen Vergangenheit, Umwelt, des Selbstkonzeptes und subjektiver Handlungen.

4.3 Lehrer


Vergleicht man inwiefern die (Vorbild-) Rolle der Eltern Einfluss nimmt, wird bezüglich der Männer auffällig, dass Väter entweder früh sterben oder, ohne Rücksicht auf Verluste, patriarchisch ihr Leben führen. Männer werden als aktiv angesehen, während weibliche Vorbilder sich eher gehemmt und unselbstständig den Männern unterordnen. Beziehungen werden hauptsächlich über Krankheiten gestaltet.

Bettzieche (ebd.), der auch die Entwicklung der einzelnen Depressionen vergleicht, schließt, dass diese als ein Werkzeug erscheint, um einerseits „Akzeptanz zu erhalten, Beziehung zu gestalten, Partner zu binden oder als Mittel um Lebensthemen auszuweichen, die Klärung erfordern.“ (ebd., S. 241) Andererseits tritt sie bei Menschen, die sich überfordern und nicht für genügend Ruhephasen sorgen, „als Bremse nach permanenter Leistungsüberforderung“ auf.

Es ist zu sehen, dass Gemeinsamkeiten bei Lehrern bestehen, die Depressionen entwickeln und daher möglicherweise als bestimmte Ursachenfaktoren gesehen werden können. Die hier erwähnten Lehrer leiden laut Bettzieche vor allem an einem Autonomieproblem, das sich in verschiedenen Lebensbereichen äußert.
4.4 Therapie

Auch bei der Therapie gibt es verschiedenste Formen, die alle das Ziel haben depressive Symptome zu lindern bzw. die Erkrankung zu heilen. Neben Psychopharmakotherapien, nichtmedikamentösen Verfahren wie Elektrokrampftherapie, Schlafentzug, Lichttherapie, etc. und der Psychotherapie wird hier vor allem auf Bewegungs- und Sporttherapien eingegangen.

5 Sport- und Bewegungsinterventionen bei Burnout und Depression


Auch Becker (nach Kleine, 1990, S.8) meint, dass „Gesundheit und Krankheit als Anzeichen für ein mehr oder minder gelungenes Ausbalancieren von individuellen Möglichkeiten (körperlicher, geistiger und seelischer Art) und äußeren Anforderungen (kultureller, sozialer und ökologischer Art) angesehen werden müssen“. Also gilt es die individuellen Möglichkeiten, Ressourcen bzw. Schutzfaktoren zu stärken um gegen von außen kommende Anforderungen standhalten zu können.

Udris et al. (1994, S. 33) fassen zusammen, dass eine große Anzahl an Konstrukt en zu personalen Ressourcen besteht, ob diese nun „Bewältigungskompetenzen“, „internale Kontrollüberzeugungen“, „Hardiness“, „Optimismus“, „Self-efficacy“, oder „Kohärenz-erleben“ genannt werden. Gemeinsam sind ihnen die Selbst-Kontrolle und der psychologische Sinn:

„Gesundheitsrelevantes (präventives) Verhalten korrespondiert mit der Überzeugung bzw. Erwartung, daß die Erhaltung von Gesundheit im eigenen Verfügungsbereich der Person liegt und daß die Person ihre Lebensbedingungen allgemein und ihre Arbeitstätigkeiten im besonderen kontrollieren kann und sie als sinnvoll erlebt.“ (S.22)


Amft und Gärtner (1994, S.215) sehen ebenfalls Spiel und Bewegung als therapeutische Zugangsmöglichkeiten, die Entwicklungsprozesse hervorrufen, besonders über den Weg des „learning by doing“.

### 5.1 Bewegungsintervention


klassische Behandlungsmethoden nicht erreicht und behandelt werden können. Andere Therapieformen werden daher benötigt.


Laut Blankenburg und Haltenhof (1993, S.38) lassen sich gängige Verfahren nach unterschiedlichen Aspekten ordnen:

1. Nach der Aktivität des Patienten: aktive oder passive Verfahren
2. Nach der Art des Vorgehens: erlebnis-, verhaltens- oder rein bewegungsorientiert
3. Nach der Funktion: eher funktionsbezogene oder konfliktbezogene Verfahren

Rümmele (1994, S.184) fasst die Vorteile einer Bewegungspsychotherapie wie folgt zusammen:

1. Sie basiert auf einem ganzheitlichen Behandlungsverständnis.
2. Sie verknüpft verschiedene dialogpflichtige psychotherapeutische Techniken mit einem weitgehend nonverbalen, bewegungsspezifischen Vorgehen.
Die Bewegungs(psycho)therapie kann in verschiedene Formen untergliedert werden, die einzeln oder kombiniert verwendet werden.

### 5.1.1 Körpertherapie

Green (Green 1983, S. 513 nach Schmedt 1993, S. 55) definiert Körpertherapien als „Prozeß zur Klärung der körperlich-seelischen Kräfte mit Hilfe von Techniken, die auf den Körper angewandt bzw. die vom Körper gelernt werden.“

Die Körpertherapien lassen sich nach Schmedt in vier Bereiche einteilen:

- **Körpermassage**: Bindegewebsmassage zur Spannungsreduktion und andere Techniken
- **Movement-Awareness**: Zum Beispiel die Feldenkrais-Methode
- **Energy-flow-Balancing**: zum Beispiel Ansätze aus dem fernöstlichen Kulturraum wie Akupunktur
- **Emotional-Release-Techniken**: Bioenergetik, Atmungskontrolle


### 5.1.2 Integrative Bewegungstherapie


Die integrative Bewegungstherapie ist eine ganzheitliche Therapiemethode, die bewegungserzieherische, leibtherapeutische und psychotherapeutische Aspekte miteinander verbindet. Der Fokus wird dabei vor allem auf die Stärkung der persönlichen Kraftquellen (Ressourcen) gelegt. Ziel ist es Selbstheilungsprozesse auszulösen und zu unterstützen, Blockierungen und Störungen im Fühlen, Handeln und Erleben bewusst zu machen und zu lösen. (vgl. ebd.)

5.1.3 Konzentraive Bewegungstherapie


5.1.4 Kommunikative Bewegungstherapie

Die kommunikative Bewegungstherapie ist eine spezifische Methode der Physiotherapie, die vor allem bei psychischen Erkrankungen eingesetzt wird. Sie unterstützt die Gesprächstherapie, indem Patienten durch Bewegung ein Raum für Handlungserfahrungen gegeben wird. Deren Verhalten und Erleben im Umgang mit sich selbst und der Gruppe sind Gegenstand der Therapie. Das Ziel ist es dieses Verhalten durch Übungen in der Gruppe bewusst zu machen um positive Erfahrungen und persönliche Stärken zu erweitern, negative Erfahrungen und Schwächen abzubauen und schwierige Situationen mit Hilfe der Gruppe zu bewältigen. Die kommunikative Bewegungstherapie durchschreitet meist folgende Themenschwerpunkte in der genannten Reihenfolge:

1. *Körpererfahrungen:* Spüren des Tempos beim Gehen, Größe der Schritte, Körperhaltungen, Wahrnehmungen des Körpers im Sitzen, Stehen und Liegen
2. *Entscheidungsfähigkeit:* eigenen Platz finden, Wählen von eigenen Wegen und Partnern
3. *Auseinandersetzungsfähigkeit:* „Kämpfe“ um Bälle, Plätze, Partner
4. *Vertrauensaufbau:* führen und geführt werden (Blindenführung), sich überlassen, fallen lassen
5. *Gefühle:* Gefühle vergegenwärtigen, Körpergefühle, Gefühle über Gruppenprozesse

5.1.5 Körper(orientierte) Psychotherapie


5.1.6 Tanztherapie

In der Tanztherapie wird versucht über rhythmische Bewegungsformen einen Zugang zum Patienten zu finden und dieser einen zu seinem Körper. Tanztherapie bedeutet vor allem nonverbale Expression von Gefühlen, Gedanken und Träumen durch Bewegung.

5.1.7 Sporttherapie


- Entwicklung von Wahrnehmungsfähigkeit: Dies beinhaltet die Körperwahrnehmung, die Selbstdrehnung, aber auch sensomotorische und soziale Wahrnehmung
- Entwicklung von Entspannungsfähigkeit zur Korrektur, Regulation und Normalisierung psycho-physischer Anspannungsprozesse
- Entwicklung von Handlungsfähigkeit und Handlungskompetenz, um zum Neuaufbau und zur Stabilisierung der Persönlichkeit beizutragen
- Entwicklung von Sozialisationskompetenz, um die Gruppenfähigkeit zu verbessern
- Verbesserung von sportmotorischen Bewegungsfertigkeiten
- Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit


![Abbildung 14: körper- und bewegungsorientierte Verfahren (Hölter, 1993, S.12)](image)

Er unterscheidet dabei drei Gruppen:

a. Verfahren, die auf eine körperliche Wiederherstellung bzw. Reaktivierung bedacht sind; wie z.B. die Krankengymnastik, Massagen und Hydrotherapie

b. Verfahren, die körperliche und psychische Veränderungen zum Ziel haben; zu diesen werden z.B. die Heilgymnastik, die Mototherapie und die Reittherapie gezählt

c. Verfahren, die mit der Bewegung als Medium primär auf eine psychische Beeinflussung abzielen, wie z.B. die Tanztherapie, die Kommunikative, Integrative und Konzentратve Bewegungstherapie

Auch dieser Autor ist der Meinung, dass sich bei den verschiedenen Methoden viele Parallelen finden lassen, sowohl in den Zielen, den Inhalten als auch in den Wirkungen. Dies bestätigt die Annahme, dass es zwar verschiedene Wege und Möglichkeiten der Bewegungsintervention gibt, diese aber als Teil der Psychotherapie meist die gleichen Ziele

**Studien und Anwendung in Therapiezentren**

5.2 Erklärungsansätze zur positiven Wirkung von Sport und Bewegung auf Burnout und Depression

5.2.1 (Psycho-)Physiologischer Erklärungsansatz

Hier wird vor allem auf die Wechselbeziehung zwischen körperlichen und psychischen Vorgängen eingegangen. Dieser Aspekt ist besonders bedeutsam, weil die physiologischen Mechanismen angesprochen werden, die Depressionen mit verursachen und durch sportliche Aktivität verändert werden können. Da bei der Depression physiologische Ursachen bekannt sind und gesichert sind, beziehen sich die durch Sport und Bewegung verursachten physiologischen Veränderungen hauptsächlich auf deren Ursachen. Generell aber stellen sie allgemeine Effekte von Sport und Bewegung dar. Bei physiologischen Veränderungen, die sowohl für Burnout als auch für Depression bedeutend sind, wird dies angegeben.

Verbesserte Durchblutung des Zentralnervensystems


Endorphinhypothese

Die Katecholaminhypothese


Thermo-Regulations-Hypothese


Physiologische Erregung

Durch die Erhöhung von physiologischer Erregung verbessern sich sowohl die physische als auch die kognitive Leistung. Dies kann einen positiven Einfluss auf Denkhemmungen und Konzentrationsstörungen haben. (vgl. Sorensen, 1994, S.207)
5.2.2 Psychologische Erklärungsansätze

Die Ablenkungshypothese


Meditative Bewusstseinseinstellung


Verstärkergewinn

Unter dem Punkt Ätiologie der Depression wurde die Theorie von Lewinsohn besprochen, die besagt, dass eine geringe Zahl an positiven Verstärkern zu einer Depression führen kann. Durch Sport können Patienten lernen positive Verstärker wieder zu gewinnen. Hierzu gehören folgende Verstärker:

• sportimmanente Verstärker: z.B. Treffer, Ballgewinne, Ballkontakte

• über den Sport sozial vermittelte Verstärker: wie Gruppenerfolg, besser sein als andere, Verlust und dennoch Genuss

• Sport als Anlass, Verstärker zu finden: Zuwendung, Kooperation beim Miteinanderspielen, gemeinsames Erkundschaften von Neuem (vgl. Schmedt, 1993, S.44f)
Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein


Selbstwirksamkeit/ Kontrollüberzeugung


Kognitive Umstrukturierung


5.2.3 Sozialer Erklärungsansatz


Sorensen (1994) stellt in der Form einer Blume verschiedene Erklärungsansätze für die therapeutischen Effekte von Sport und Bewegung dar. (siehe Abbildung 15)
Abbildung 15: Erklärungsansätze für therapeutische Effekte von Sport- und Bewegungstherapie (Sorensen, 1994)
5.3 Bewegungsintervention bei Burnout und Depression

In der bisherigen Arbeit wurden verschiedene Symptome und Ursachen von Burnout und Depression erarbeitet. Folgend soll nun dargestellt werden, wie Bewegungsinterventionen verschiedenster Art diese bekämpfen bzw. diesen vorbeugen können. Es soll nochmals erwähnt werden, dass die Ursachen der beiden Erkrankungen auf unterschiedlichen Faktoren beruhen. Die meist erwähnten grundlegenden Unterschiede, vor allem in früheren Stadien des Burnouts, beziehen sich auf folgende Kriterien:

a. Kontext:
   Während Burnout meist als kontextbezogen (v.a. arbeitsbezogen) beschrieben wird, gilt die Depression als kontextfrei und allumfassend, d.h. alle Bereiche des Lebens betreffend.

b. Kampf
   Menschen im Burnout-Prozess kämpfen vorwiegend mit großem Einsatz bevor sie sich geschlagen geben, was bei Depressiven normalerweise selten der Fall ist. Antriebslos und lustlos geben sie leichter auf.

c. Innerliche Unruhe
   Burnout-Patienten wirken oft nach außen erschöpft und müde, während sie gleichzeitig innerlich nervös, unruhig und angespannt sind. Dieses Phänomen tritt bei Depressiven eher selten auf. (Wieske, o.J.; Haberl, 2011)

Auch wenn Burnout und Depression konzeptuell unterschiedlich sind, ähneln sie sich, vor allem in späteren Stufen des Burnouts, in ihrem Erscheinungsbild, den Symptomen und den Risikofaktoren. Durch Bewegungsinterventionen soll versucht werden, spezifische Schutzfaktoren aufzubauen bzw. aufkommende Symptome zu verändern. Folgende Ziele sollen dabei auf Grund der erarbeiteten Symptome, Risikofaktoren und Ursachen erreicht werden, die sowohl für Burnout-Patienten als auch Depressive gelten und in der Therapie oder Prävention eingesetzt werden können:

- Verbesserung der Wahrnehmungsfähigkeit
- Verminderung der Depersonalisation
- Kognitive Veränderungen
- Entwicklung von Eigenverantwortlichkeit und Selbstvertrauen
- Entwicklung von Selbstsicherheit
- Entwicklung von Kontrollüberzeugung und Selbstwirksamkeit
Verminderung der Ängstlichkeit
Förderung der Entspannungsfähigkeit
Entwicklung von Aktivität und Antrieb
Abbau von Depressivität und Aggression
Verbesserung der sozialen Integration
Steigerung des Wohlbefindens
Verbesserte körperliche Gesundheit
Reduzierung der Antidepressiva

Durch welche Sport- und Bewegungsinterventionen und auf Grund welcher Effekte diese Ziele erreicht werden können, wird folgend dargestellt.

5.3.1 Verbesserung der Wahrnehmungsfähigkeit


Störungen in diesem Bereich führen im Extremfall zu Selbstverletzungen von Betroffenen, um sich selbst wieder spüren zu können, weil sie ihren eigenen Körper nicht mehr wahrnehmen und glauben dieser sei abgestorben. Bei Burnout führt das Nichtwahrnehmen bzw. Ignorieren der Bedürfnisse nach Ruhe und Entspannung und der Symptome der Überanstrengung, wie Kopfschmerzen und Müdigkeit etc., zur Erschöpfung.


Bewegungspsychotherapeutische Übungen könnten sich auf folgende Ebenen beziehen:

- Erspüren und Wahrnehmen des eigenen Körpers
- Wahrnehmen der eigenen Empfindungen
- Bewusstes Spüren von Spannung und Entspannung
- Erspüren und Erleben von eigenen körperlichen Fähigkeiten

Übungen

Wahrnehmen von Überlastungen


Danach kann durch Nachfragen ein bestimmtes Reaktionsmuster auf Druck erarbeitet werden, z.B. war es Ihnen wichtig so schnell wie möglich alle Sandsäcke zu transportieren obwohl es vielleicht schwer gefallen ist? Oder haben Sie sich lieber Zeit gelassen und eher einen nach dem anderen transportiert, da es ja keine Zeitangabe gegeben hat? Wie haben sich die Sandsäcke angefühlt? Kennen Sie das Gefühl irgendwoher?

Beckmann-Neuhaus (ebd., S.116) berichtet, dass in ähnlichen Übungsaufgaben bei einer Patientin das eigene Reaktionsmuster „Nachgeben“ und die damit verbundenen Gefühle der

**Effekt**

Bei dieser Übung ist ersichtlich, dass das Wahrnehmen von und der Umgang mit Belastungen im Fokus steht. Der Patient erlebt wie sich eine physische Belastung anfühlt und durch das begleitende Fragen von einem Therapeuten kann er Parallelen zu psychischen und alltäglichen Belastungen ziehen. Er kann lernen zu spüren wie sich die Belastung körperlich bemerkbar macht. Weiter werden ihm seine typischen Reaktionen auf Stress und Belastung bewusst und er kann mit Hilfe des Therapeuten diese erörtern und Änderungen vornehmen.

**Innere und äußere Aufmerksamkeit**

Die Übungsanleitung lautet wie folgt:

5. Versuchen Sie dies im Alltag anzuwenden. Wenn Sie merken, dass die Arbeit sie müde macht, massieren Sie Ihre Fingerspitzen, Ihre Gelenke oder legen Sie eine Pause ein. (Franklin, 2009, S.143)
Effekt


5.3.2 Verminderung der Depersonalisation


Depersonalisation kann auch als Folge von fehlerhaftem Wahrnehmen der eigenen Körperrgrenzen gesehen werden. (Beckmann-Neuhaus, 1993, S.112) Übungen zu dieser können folgende sein:

Übungen

Außen/Innen-Wahrnehmung

Abstreifen des Körpers mit den eigenen Händen.

Effekt

Durch Abstreifen des Körpers durch die eigenen Hände werden die Körperrgrenzen sowohl von außen (durch die Hände) als auch von innen (durch die Haut) wahrgenommen. (Amft & Gärtner, 1993, S.221)
Wassertherapie

Schwimmen im Wasserbecken. Einfaches Ausprobieren.

Effekt

Die Wassertherapie kann viele verschiedene Effekte erzielen. In diesem Zusammenhang kommt es bei Patienten zur Angst sich nicht abgrenzen zu können, vor allem bezüglich der Körperöffnungen (Wasser zu schlucken etc.) In Teamarbeit mit einem Psychologen können solche Ängste erarbeitet werden und nach Rücksprache Parallelen zur Gesamtsituation gezogen werden. Sportliche Erfahrungs- und Lernprozesse und ihre psychische Verarbeitung können nutzbringend miteinander verbunden werden. Nachdem in der Psychotherapie erarbeitet wurde woher die Angst kommt bzw. wo sie noch zu finden ist, kann sowohl verbal als auch auf körperlicher Ebene ausprobiert werden sich diesem Erlebnis hinzugeben und zu bestehen. (Festor, 1993, S.157)

5.3.3 Kognitive Veränderungen


Übung

Zirkusfiguren

Die Aufgabe lautet in einem 3er-Team verschiedene Zirkusfiguren zu formen. Bevor die Übung genau erklärt wird, wird nachgefragt, was die Erwartungen und Befürchtungen sind. Antworten wie „ich kann das nicht“, „ich bin viel zu untalentiert“, etc. werden wahrscheinlich zu hören sein. Danach werden jeder Gruppe ganz einfache Figurenanleitungen gegeben. Diese

Hier muss wirklich schon im Vorhinein darauf geachtet werden, ob die Teilnehmer körperlich in der Lage für solche Übungen sind, da sie auf keinen Fall überfordert werden sollen. Sonst eher auf ganz einfache Übungen umsteigen. (siehe einfachere Übungen)

Effekt


Einfachere Übungen

Falls klar ist, dass die Zirkusfiguren-Übung zu schwer für die Patienten ist, sollte auf simplicere Übungen zurückgegriffen werden, wie z.B. das Hin- und Herwerfen eines Balles zwischen zwei Partnern mit Mitzählen oder Zielrollen. Das kann auch während einer Einheit methodisch geübt werden, sodass am Ende eine Verbesserung zu Stande kommt. Auch hier werden Fragen gestellt und Vergleiche gezogen.

5.3.4 Entwicklung von Eigenverantwortung, Selbstvertrauen und Selbstständigkeit

Übung

Sei Erfinder

Die Teilnehmer werden in Gruppen eingeteilt und bekommen ein paar Materialien zur Verfügung gestellt (Bälle, Schnüre, etc.). Ihnen wird die Aufgabe gestellt, ein Spiel zu erfinden und Kriterien festzusetzen. Diese sollten folgende Punkte beinhalten:

- Wie viele Spieler können mitspielen? Wie viele pro Gruppe?
- Geht es um Punkte? Wer gewinnt? Oder gibt es keinen Gewinner?
- Was ist das Ziel des Spiels?
- Wo kann man es spielen? Gibt es ein Feld, gewisse Linien, Räume?
- Welche Regeln gibt es?
- Etc.

Danach wird jedes Spiel nacheinander erklärt und durchgespielt. Wie immer wäre es ratsam sich danach zusammen zu setzen und die Situation sowohl während des Spielerfindens als auch während der Durchführung zu besprechen.

Effekt


Pampers Pole

Ein ca. 8m hoher Baum mit einer kleinen runden Plattform oben wird bestiegen. Der Teilnehmer richtet sich oben angekommen auf, macht eine halbe Drehung und springt hinunter. Die Sicherung erfolgt über einen speziellen Sicherungsgurt.
**Effekt**

Diese Übung ist sehr eindrucksstark. Der Teilnehmer ist gewisser Maßen auf sich selbst gestellt. Dies bedeutet, dass er sowohl selbstständig als auch eigenverantwortlich handeln muss. Es muss die Gefahren und Konsequenzen abwägen und dann selbst entscheiden zu springen oder nicht. Somit lernt er was es heißt Eigenverantwortung zu übernehmen und selbstständig zu entscheiden. Wenn er selbst den Schritt wagt, wird dadurch sein Vertrauen in sich selbst und in das selbstständige Bezwingen zukünftiger Herausforderungen gestärkt.

**5.3.5 Entwicklung von Selbstsicherheit**

Selbstbewusstsein ist sowohl bei Burnout als auch Depression eine wichtige Komponente. Deswegen stellt die Entwicklung der Selbstsicherheit einen der Punkte des Belastungs-Management-Trainings für Lehrer dar, das 1993 von Rudow entwickelt wurde. Bei diesem spielen folgende Elemente des Verhaltens eine Rolle:

- Feste und angemessene laute Sprache
- Gestik und Mimik
- Angemessener Körperkontakt
- Körperhaltung und Abstand
- Häufiger Gebrauch des „Ich“
- Die Äußerung von Bitten, Wünschen und Forderungen
- Die Ablehnung von Bitten, Wünschen und Forderungen („Nein“-Sagen-Können)
- Umgang mit Kritik
- Gefühle äußern
  
  (vgl. Rudow, 1994, S.182ff)

**Übung**

*Ich*-Sagen

Die Teilnehmer bewegen sich im Raum und sagen das Wort „Ich“. Sie können die Lautstärke variieren, leise anfangen und immer lauter werden. Als nächster Schritt können sie versuchen das „Ich“ mit Körperbewegungen zu untermalen. Arme, Hände, Beine mitnehmen, große, kleine Schritte machen, springen, drehen, kauern, etc. Wichtig ist alles auszuprobieren und zu fühlen wie man sich wohl fühlt.
Danach besteht wieder die Möglichkeit zur Diskussion und zum Gespräch.

**Effekt**

Die Übung soll dazu führen, dass die Patienten lernen, das Wort „ich“ erstens häufiger zu gebrauchen und zweitens dieses auch stark zu vertreten. Dadurch soll der Vernachlässigung von eigenen Bedürfnissen und Wünschen entgegengearbeitet werden. Sie sollen das Wort „Ich“ häufiger benützen können um auszudrücken, was sie wollen bzw. was ihnen zu viel ist und dadurch aus dem „Hamsterrad“ der eigenen Bedürfnisunterdrückung und der Überlastung aussteigen zu können. Die Übung soll ihnen dafür ein besseres Gefühl vermitteln.

Die gleiche Übung kann man für das „Nein“-Sagen anwenden.

**5.3.6 Entwicklung von Kontrollüberzeugung und Selbstwirksamkeit**


Diese kann insofern durch Sport gesteigert werden, wenn der Patient merkt, dass er an seiner Situation selbst was verändern kann und durch das Durchführen und Meistern von Aktivitäten seinen Einfluss auf und die Kontrolle über das eigene Leben wieder wahrnimmt. Ihm wird bewusst, dass er der Entscheidungsträger ist, der sein Leben steuert, indem er z.B. laufen geht, obwohl es am Anfang schwer fällt, dies aber weiterführt, weil er merkt, dass es ihm gut tut. Wichtig hierbei ist das Wahrnehmen der eigenen Kontrollfähigkeit, die durch folgende Übung geschult werden kann.

**Übung**

*Tarzan-Schwung*

Ein Seil ist auf einem Baum befestigt. Mit Hilfe dessen sollen sich die Teilnehmer über einen kleinen Bach schwingen oder, von etwas höher, mit Schwung in den See fallen lassen.
Effekt

Beider dieser Übung stehen die Teilnehmer ähnlich wie bei „Pampers Pole“ vor einer gewissen Herausforderung, die eventuell Ängste verursacht. Ängste vor einem möglichen Kontrollverlust können in der Psychotherapie besprochen werden und mit der Gesamtproblematik, z.B. Angst vor Kontrollverlust in der Arbeit, in der Familie etc. verglichen werden. So wird dem Patienten erstens die Grundproblematik klar und als zweiter Schritt kann versucht werden diese Fähigkeit zu stärken. Sie selbst haben die Kontrolle und Entscheidungsmacht inne. Sie können entscheiden ob sie das Hindernis überqueren bzw. sich fallen lassen oder nicht und es einfach einmal ausprobieren. Wenn sie sich trauen und auf der anderen Seite bzw. im Wasser ankommen, wird es ein erleichterndes Gefühl sein, verbunden mit einem gesteigerten Selbstwirksamkeitsgefühl.


5.3.7 Verminderung der Ängstlichkeit

Übung

*Konstruktive Ruhe: Wasser*

Diese Übung ist eine Vorstellungsübung, eine sogenannte Progressive Muskelrelaxation, bei welcher der Patient sich vorstellt, am Strand zu liegen, wo das Meerwasser alle Verspannungen des Körpers mit sich nimmt. (siehe Anhang, Franklin, 2009, S.63)

**Effekt**


Des Weiteren können auch Übungen, wie die zuvor beschriebene *Wassertherapie* zur Verminderung von Angst beitragen, indem die Angst psychologisch und durch Überwindung im Wasser verarbeitet und reduziert wird.

### 5.3.8 Förderung der Entspannungsfähigkeit

Übungen (siehe Anhang)

Schunkeln

Seehundsrollen

Träume pflücken

Müder Frosch

Der kleine Kreislauf

Effekt

Diese Übungen werden von Bloemeke (2008, 271ff) empfohlen um nach einem anstrengenden Arbeitstag Erholung und Entspannung zu finden. Die am meisten genutzten oder angespannten Muskeln tendieren dazu in ihrem Spannungszustand zu bleiben und mit der Zeit zu verfestigen, was zu Schmerzen führen kann. Diese Bewegungsübungen nach Feldenkrais konzentrieren sich eher auf das knöcherne Gerüst, wodurch die Muskeln sich nur passiv beteiligen und die festgehaltene Energie wieder freigeben können. Es sind Vorstellungsübungen, bei denen der Übende sich auf die Bewegungen konzentriert und Druck und Spannungen bewusst wahrnimmt. Der ganze Körper wird wahrgenommen, bewegt, locker „geschaukelt“ (Schunkeln) und gedehnt (Seehundsrullen). Es wird versucht Bewegungen mit so wenig Muskelarbeit wie möglich durchzuführen (Müder Frosch) und ihnen Achtsamkeit zu schenken (Träume pflücken). Der kleine Kreislauf ist eine Übung aus dem Qi-Gong, die die Wahrnehmung auf die neun Ruhepunkte lenkt und mit Hilfe der Selbstmassage zum Abschluss zu vollständiger Ruhe und Entspannung führen soll.

5.3.9 Entwicklung von Aktivität und Antrieb


Übungen (siehe Anhang für Beschreibungen)

Begrüßung am Morgen

Den Körper aufwecken

Kurzerfrischung während der Arbeit

Effekt


Im Allgemeinen sorgen Sport und Bewegung dafür die Aktivitätsrate zu erhöhen. Laut Erkelens und Golz (1998, S.121) ist aus vielen Untersuchungen bekannt, dass „eine Erhöhung der Aktivitätsrate zu einer verbesserten Grundstimmung führt.“ Das Sporttherapieprogramm sollte deshalb das Ziel haben positiv und angenehm erlebte Aktivitäten zu erhöhen. Dabei ist
das sukzessive Einführen neuer, für die Patienten angenehmer Spiele wichtig. Die Steigerung des Aktivitäts- und Antriebniveaus sollte in kleinen, schaffbaren Schritten erfolgen. So bleiben die Patienten motiviert. (ebd., S.60)


*Grounding*

-Füße massieren, abklopfen, abreiben

-über verschiedene Gegenstände gehen (Seile, Taue, Murmeln, Steine)

-Konzentration auf den Kontakt der Füße zum Boden sowohl im Stand als auch im Gehen

-verschiedene Gangarten ausprobieren

**Effekt**

Der Patient soll den Boden als festen und tragbaren Untergrund erleben. Die Füße und Beine haben Einfluss auf das Gefühl von Sicherheit und den Realitätsbezug, was sich in Redewendungen wie „Boden unter den Füßen haben“ oder „auf dem Boden der Tatsachen stehen“ widerspiegelt. Durch die Übung soll dieses Gefühl gestärkt werden. (vgl. Lesch et al., 2004, S.221f)

**5.3.10 Abbau von Depressivität und Aggression**

Depressivität und Aggression ziehen sich als Leitsymptome durch beide Erkrankungen. Folgende Übungen können helfen diese zu erörtern und abzubauen.

**Übungen**

*Boxen*

**Variation:**
- Der Patient boxt nur mit dem Therapeuten alleine. Der Therapeut kann den Sandsack mit unterschiedlicher Stärke zurückschwingen und beobachten wie der Patient reagiert.
- Boxen ohne den Therapeuten. Der Patient schlägt alleine auf den Boxsack ein. (Dampfablassen)
- Zwei Patienten versuchen einen gemeinsamen Rhythmus zu finden.

**Effekt**

Bei dieser Übung können laut Bartlog (ebd.) vielfältige Phänomene beobachtet werden.

*Raumverhalten:* welche Seite ist dem Patienten lieber? An der Wand, die ihm Rückendeckung gibt?

*Stellung zum Sandsack:* wie nah lässt der Patient den Sandsack an sich heran? Bekommt er Angst wenn er zu direkt auf ihn zu kommt?

*Körperhaltung/Stand:* raumgreifender oder platzsparender Stand? Geduckte oder aufrechte Haltung?
Krafteinsatz: wie viel Kraft wird für die Abwehr gebraucht? Wird die eigene Kraft über- bzw. unterschätzt?

Eigene Interessen/ Rücksichtnahme: achtet der Patient nur auf sich oder auch auf sein Gegenüber?


Entspannungsübungen wie Muskelrelaxation oder Vorstellungsreisen (siehe Übungen wie Konstruktive Ruhe, Seehundrollen, Schunkeln) dienen ebenfalls dem Aggressionsabbau und der Verminderung der Depressivität.

Tanzen

In einer Studie von Bräuninger (2006, S.87/S.113) zeigte sich eine signifikante kurz- und langfristige Effektivität der Tanztherapie auf Depressivität. Vor allem Tanztechniken mit freier Improvisation mit Körperkontakt und eigener Tanzgestaltung, bei welchen der Fokus auf das Verhalten und auf Beziehungen gelegt war, verbesserten die Depressivität langfristig.
5.3.11 Verbesserung der sozialen Integration


Übung

*Trampolin*

Zu Zweit oder Mehrt auf einem Trampolin wippen oder springen. Sich dabei möglicherweise auch Bälle zuwerfen etc.

*Spiele*

Spiele aller Art, die in Teams verschiedener Größe durchgeführt werden und das Miteinander fördern, z.B. gemeinsames Problemlösen, Gestalten, etc.

*Effekt*

das nötige Maß der Unverbindlichkeit belässt, andererseits aber die Chance zur verbindlichen Ausgestaltung der Sozialkontakte wahrt.“ (Wilhelmi 1991, S.152 zit. n. Ruf, 2008, S. 60)

**Spinnennetz**
(vgl. Amesberger, 1992, S.108)

Ein aus Seilen gebasteltes Spinnennetz hat Öffnungen, die auf die Gruppe abgestimmt sind (nach Größe, Anzahl und Schwierigkeit). Die Gruppe muss völlig selbstständig durch, ohne das Netz zu berühren. Wenn das Netz berührt wird, muss die gesamte Gruppe wieder zurück und von vorne beginnen.

**Effekt**

Diese Übung dient der Entwicklung von Teamfähigkeit. Die Gruppe muss zusammen Pläne entwickeln und eine Aufgabe lösen. Die Teilnehmer müssen sich gegenseitig halten und tragen und kommen so in näheren Kontakt, was zusätzlich eventuelle Berührungsängste abbaut. Das gemeinsame Durchführen und Lösen der Aufgabe fördert den Gruppenzusammenhalt und bietet Erfolgserlebnisse und Spaß.

### 5.3.12 Steigerung des Wohlbefindens

**Übungen**

**Spiele**

*Ball fangen*

*Balancieren*

**Fitnessorientiertes Sportprogramm**

**Effekt**

Erfolge zu erleben ist einer der zentralen Punkte der Sporttherapie. Dem Patienten das Gefühl zu geben im Stande zu sein Fertigkeiten (wieder) erlernen zu können, die sie sich vielleicht häufig nicht mehr zugetraut hätten (z.B. Ball fangen, balancieren). Beck betont in seiner Therapie die Wichtigkeit von Erfolgen, die durch eigenes Handeln erzielt werden: „Im Vergleich zu kognitiven Methoden ist schließlich der Erfolg, ein Verhaltensziel erreicht zu


Untersuchungen haben gezeigt, dass sich nach einem Jahr regelmäßiger sportlicher Bewegung das subjektive Wohlbefinden der Probanden gesteigert hat. (vgl. Alfermann et al., 1994, S.275)

5.3.13 Verbesserte körperliche Gesundheit


Übungen

Entspannungs-Übungen (siehe oben)

Ausdauer-Training (Laufen, Walken, etc.)/ körperliche Belastung

Effekt

Entspannungsübungen, wie bereits beschrieben, sollen helfen die Verspannungen, die oft von Patienten beider Erkrankungen beklagt werden, zu lockern. Durch regelmäßiges Ausdauertraining, egal welcher Art, z.B. Laufen oder Nordic-Walking, kommt es zu positiven physiologischen und psychologischen Veränderungen. Der Kreislauf wird angeregt, das Immunsystem wird gestärkt, Stresshormone wie Adrenalin werden abgebaut, die
Stimmungslage erhöht sich, die Spannungslage fällt ab, die Sauerstoffaufnahme verbessert sich, etc. Körperliche Veränderungen durch Sport und Bewegung werden später unter den Erklärungsansätzen nochmals näher erläutert.

**5.3.14 Reduzierung der Antidepressiva**

Durch Sport und Bewegung und deren positiven Auswirkungen auf depressive Patienten, ist es möglich, die Dosis der Psychopharmaka und die damit verbundenen Nebenwirkungen zu reduzieren. (vgl. Ruf, 2008, S.60)

**5.4 Umsetzung im Lehrberuf**


Die Organisation Schule sollte chronische Belastungsfaktoren, wie hohe Arbeitszeiten und Klassengrößen berücksichtigen, für soziale Unterstützungssysteme sorgen und schulpädagogische und –psychologische Beratung forcieren. In der Aus- und Fortbildung wäre es ratsam Trainingsprogramme, wie die eben genannten zum Stressmanagement und zur
Entwicklung von Bewältigungskompetenzen, einzugliedern. Sport und Bewegung können dabei eine wichtige Rolle spielen.

6 Resümee


Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das Ziel jeder Therapie die Verbesserung des krankhaften Zustandes bzw. dessen Vorbeugung durch Prophylaxe sein sollte. Es wäre ratsam die positiven Aspekte verschiedener Therapieformen zusammen zu führen um die bestmöglichen Aussichten auf eine Gesundung zu erreichen. Sport und Bewegung gehört zu solch einer Auslese auf jeden Fall dazu.
Anhang

Konstruktive Ruhe: Wasser

(Franklin, 2009)


Das Wasser durchspült die Innenräume unseres Körpers. Unsere Knochen sind in ihrem Inneren bienenwabenähnlich mit vielen Hohlräumen aufgebaut. Wir spüren, wie diese Hohlräume gereinigt und gelockert werden.
Geräumig und hell,
weite Räume in unseren Knochen,
Wasser reinigt unsere Knochen.
Ein Windhauch über dem Meer
bringt Luft und Licht
in die Tiefe unseres Körpers.

Unsere Augen sind Flüssigkeitsbehälter:
Die Augen
sind gefüllt mit kristallklarem Wasser,
getragen in wichen Höhlen.
Die Augenhöhle ist geräumig,
es gibt Platz für unsere Weitsicht.

Um die Schultern zu lockern, lösen wir das
Schulterblatt vom Brustkorb:
Sand zwischen Schulterblatt und Brustkorb.
Eine Welle fließt zwischen Schulterblatt
und Brustkorb hinein.
Der Sand wird weich,
füllt den Raum aus.
Das Schulterblatt gleitet auf dem Sand
vom Brustkorb weg.

Das Gehirn entspannen:
Zum Spaß
ließ ich mich als Kind auf den Grund
des Schwimmbads sinken.
Das Gehirn schwimmt im Wasser
Es setzt sich auf den Grund des Kopfes,
ruht aus.
Begrüßung am Morgen (15 Minuten)
(Bloemeke, 2008)

Nehmen Sie sich morgens nur diese kurze Zeit, um sich zu dehnen, zu strecken und nach innen zu lauschen. Sie werden nach wenigen Tagen merken, wie dankbar Körper, Geist und Seele darauf antworten.

Anleitung (1):

Sie stehen stabil aufrecht an einem Platz, wo Sie vor sich, über sich und zur Seite weit die Arme ausbreiten können. Jede Bewegung ist mit dem Ein- oder Ausatmen verbunden (Abb. 1).
1. Sie beginnen mit vor der Brust aneinander gelegten Handflächen wie beim indischen Gruß und atmen ein.
2. Sie wenden die Handflächen Richtung Boden, die Fingerspitzen der Mittelfinger berühren sich, und lassen sie dicht an der Vorderseite Ihres Körpers abwärts sinken, dabei atmen Sie aus.
5. Sie führen nun beim Einatmen die Arme und den Oberkörper weiter Richtung Boden.
6. und lassen sich mit hängenden Armen, Kopf und Oberkörper beim Ausatmen in dieser Haltung entspannen.
7. In großem Halbkreis über vorn schwingen Sie einatmend die gestreckten Arme bis hoch in die Luft und richten sich dabei wieder ganz auf.
8. Dann breiten Sie ausatmend die Arme rechts und links bis in Schulterhöhe weit aus.
9. und lassen beim nächsten Einatmen Ihre Handflächen wieder aufeinander zu wandern bis zur Ausgangshaltung, dem indischen Gruß.
10. In der Haltung verweilen Sie einen Ausatmen lang und beginnen dann wieder von vorn. Wiederholen Sie diesen Ablauf so oft, bis Sie sich zentriert und in Verbindung mit Ihren Kräften fühlen.

Wenn Sie mit dem Bewegungs- und Atemmuster der Übung vertraut sind, können Sie zu den einzelnen Stationen Sätze finden, die der jeweiligen Körperhaltung entsprechen und den Fluss Ihrer Lebensenergie noch verstärken werden. Ihre persönliche Bedeutung der einzelnen Gesten unterstützt so Ihre momentanen Aufgaben. Zum Beispiel:
1. Ich mache mich bereit für den Tag…
2. und stehe sicher auf der Erde,…
3. stehe in Verbindung mit den Himmelskräften,…
4. gebe meinen Beitrag in die Welt hinaus,…
5. und verneige mich zu Mutter Erde,…
6. entspanne und finde Ruhe,…
7. schöpfe daraus wieder neue Kräfte,…
8. biete mich mit meinen Schätzen der Welt dar,…
9. und sammle ein, was mir gut tut,…
10. All dies füllt mich mit Kraft!
Kurzerfrischung während der Arbeit (5 Minuten)
(Bloemeke, 2008)

Suchen Sie sich während der Arbeit einen ungestörten Ort, an dem Sie nur für ein paar Momente Ihre eigenen Bedürfnisse spüren können und diesen Ausdruck verleihen dürfen.

**Auf- und Abschwingen**

Wenn Sie einen Platz mit viel Bewegungsfreiheit zur Verfügung haben, an dem Sie über sich und vor sich die Arme ausbreiten können, stellen Sie sich stabil mit lockeren Knien, die Füße etwas mehr als schulterweit auseinander, hin. Lassen Sie die Augen geöffnet, damit Ihnen nicht schwindelig wird:

- **Beim Einatmen** schwingen Sie die Arme hoch über Ihren Kopf und lehnen sich mit dem ganzen Körper wie im leichten Bogen etwas weiter nach hinten.
- **Schwingen Sie mit Armen und Oberkörper beim Ausatmen** nach unten zwischen Ihre Beine, um gleich mit dem nächsten Einatmen zurück zu schwingen: bis hoch nach oben und zurückgelehnt.
- **Mehrmals auf und ab mit kräftigem Ein- und Ausatmen.** Dabei können Sie sich je nach Laune einen kraftvollen Hieb zum Aggressionsabbau vorstellen oder ein überzeichnetes Seufzen und Hängenlassen in einer „Ich-kann-nicht- mehr-Stimmung“. Die entsprechenden Töne dazu wirken noch befreiender für Ihre Lebensenergie.
Entspannungsprogramm nach der Arbeit  
(Bloemek, 2008)
Nach einem anstrengenden Arbeitstag tut es gut, eine Erholungspause einzulegen. Die tatkräftigen, während des Tages am meisten genutzten Muskeln neigen dazu, in ihrem Spannungszustand, der für die Aktivität nötig war, zu verweilen und so mit der Zeit zu verfestigen. Die dafür notwendige Energie steht Ihnen dann nicht mehr für sinnvollere Zwecke zur Verfügung, verursacht auf die Dauer Schmerzen und behindert Ihre Lebenslust.  
Bewegungsübungen nach Feldenkrais  
Urlaub für den Rücken  
Sie legen sich entspannt auf eine Matte oder Decke in Rückenlage mit angestellten Beinen. Alle Bewegungsabläufe werden in Zeitlupe ausgeführt. Konzentrieren Sie sich mit Ihrer Aufmerksamkeit auf Ihre Knochen und Gelenke und welche Schwerkraftverlagerungen und Haltungsänderungen beim Ausführen einer Übung hilfreich sein könnten, um so wenig wie möglich Ihre Muskelkraft zum Einsatz zu bringen.  
Einstimmung:  
■ In Rückenlage mit angestellten Beinen liegen Sie entspannt, geben alles Ihnen bewusste, muskuläre Halten an den Boden ab und lassen sich in eine hellwache Ruhe schmelzen. Spüren Sie die Auflageflächen und –punkte Ihres Körpers und die „Brückenbögen“, wo Sie nicht die Unterlage berühren.  
■ Stellen Sie sich alle Ihre Knochen und Gelenke vor, die diese Haltung formen und in welchen Winkeln und Positionen sie zueinander oder in Bezug zur Auflagefläche stehen. Beginnen Sie am Fußende bis hinauf zum Schädel. Lassen Sie sich Zeit für diese Reise zu diesem starken, inneren Unterstützungssystem.
Schunkeln (Abbildung 2)
(Bloeemeke, 2008)

■ Nehmen Sie dann Kontakt zu Ihren Füßen auf, zu all den vielen grazilen Fußknochen, die das Gewölbe der Füße ausmachen, und wie ihre Stellung zueinander und zum Boden für Sie wahrnehmbar ist. Lassen Sie sich Zeit.

■ Erhöhen Sie nun den Druck Ihrer Füße auf der Unterlage, ohne deren Stellung zu verändern, so als würden Sie gern mit den Zehen voran in Ihre Hausschuhe rutschen, aber die Füße kommen nicht vom Fleck.

■ Beobachten Sie dabei die minimalen Verschiebungen Ihrer Beinknochen und -gelenke gegeneinander und wie sich bei zunehmender Gewichtsverlagerung auf die Fußsohlen eine Bewegung von den Beinen aus übers Becken, die Wirbelsäule hinauf und sogar bis zum Kopf fortsetzt.

■ Dann lassen Sie den Druck wieder nach und entspannen.

■ Wiederholen Sie die Bewegung mehrfach, erst in großer Langsamkeit, später im Tempo variierend, bis hin zu einer schunkelnden Bewegung, mit der Sie passiv Ihr Becken und die ganze Wirbelsäule locker schaukeln.

■ Anschließend ruhen Sie und beobachten wieder die Berührungspunkte Ihres Körpers mit der Unterlage und die Lage Ihrer Knochen und Gelenke. Vielleicht entdecken Sie einen Unterschied im Vergleich zum Beginn der Übung.
Seehundsrollen (Abb. 3 a, b)  
(Bloemke, 2008)


■ Sie lassen Ihr rechtes Knie nach außen sinken und beobachten, wie ihm allmählich das linke Knie durch die entstehende Dehnung folgt (Abb. 3 a), und auch die linke Schulter vom Boden abhebt, bis Sie schließlich mit dem ganzen Körper und Kopf in die rechte Seitenlage „geklappt“ sind, und die angewinkelten Arme aufeinander liegend ruhen können, und die Beine ebenfalls (Abb. 3 b).

■ Der linke Ellenbogen hebt beim Hinüberrollen zu einem bestimmten Punkt der Dehnung ganz von allein vom Boden ab, die linke Hand kann über Ihrem Kopf über den Boden schleifen, während der linke Ellenbogen einen Halbkreis durch die Luft beschreibt und auch der Kopf passiv folgt.

■ Nun beginnen Sie nach einer ausreichenden Pause mit dem linken Knie voran die Bewegung auf die andere Seite hinüber einzuleiten. Jetzt folgen passiv und ohne muskuläre Hilfe das rechte Knie und der rechte Ellenbogen und Sie rollen in Zeitlupe genüsslich vollständig in die linke Seitenlage hinüber, um sich dort auszuruhen.

■ So rollen und klappen Sie von Seitenlage zu Seitenlage, von rechts nach links hin und her, bis Sie sich wie ein kuller-runder Seehund fühlen, und lassen sich gaaaaaaaaaaaaanz viel Zeit, auch für die Pausen zwischen den Bewegungen.

■ Und am Ende wieder in der Ausgangslage nachspüren, was sich verändert hat: Wo liegt der Rücken auf, welche Brückenpfeiler, welche Brückenbögen gibt es, wie hoch sind diese vom Boden entfernt.

3a

3b
Träume pflücken (Abb. 4):
(Bloemke, 2008)


■ Beobachten Sie wieder während der Bewegung des rechten Armes, welche Schwerkraftverlagerungen und Positionsänderungen der Füße, des Beckens, der Wirbelsäule, der Rippen, des Schädels fast wie von allein geschehen, um die Bewegung des Armes zu unterstützen. Halten Sie an oder werden noch langsamer, wenn Sie spüren, dass Ihre Muskeln mithelfen wollen.

Abb. 4

Erleichtern Sie sich außerdem die Bewegung, indem Sie sich einen heiß ersehnten Traum vorstellen, den Sie mit dem rechten Arm erreichen wollen, um ihn aus dem Himmel zu pflücken. Wenn Sie ihn haben, lassen Sie den Arm wieder zum Boden sinken, um den Traum zu sich zu nehmen.

■ Und noch mehrmals reckt sich der rechte Arm in die Höhe – langsam, langsam – um alle Zutaten für diesen Traum noch zusammenzutragen, und sinkt immer wieder glücklich neben Ihren Körper zurück.

■ Auf und ab und Pause – auf und ab und Pause…

■ Nach einer guten Weile bleiben Sie entspannt liegen und spüren nach, wie das rechte Schulterblatt am Boden ruht und wie das linke, das noch keine „Träume gepflückt“ hat. Wie liegt die ganze rechte Seite im Gegensatz zur linken auf der Unterlage?

■ Nun will auch der linke Arm in gleicher Ruhe und Langsamkeit seinen Traum mit allen Zutaten aus dem Himmel pflücken. Geben Sie ihm ebenso viel Zeit und Achtsamkeit. Am Ende lassen Sie die Arme ruhen, die Beine wegrutschen und ruhen eine Weile ausgestreckt auf dem Rücken aus.
Müder Frosch (Abb. 5 a, b):
(Bloemeke, 2008)
■ So erholt in Rückenlage, wieder mit angestellten Beinen, lassen Sie nun noch einmal ohne die Hilfe der Muskeln und mit ganz viel Achtsamkeit für das Zusammenspiel von Knochen und Gelenken eine entspannte Bewegung entstehen: jetzt sind die Beine dran.
■ Dieses Mal beginnen Sie mit der linken Seite. Ihr linkes Bein führt eine Bewegung aus, die an einen müden Frosch erinnert, der mit einem Bein schwimmt: Das linke Bein rutscht auf der Sohle in Richtung Fußende, bis das ganze Bein mit entspanntem Knie und Fußgelenk in einem lockerer Plumps lang auf der Matte landet (Abb. 5a)
■ Nun klapt das linke Knie nach außen, der linke Fuß kippt auf seine Außenkante und rutscht in einer müden Schwimmbewegung über seine Außenkante am Boden zurück, bis er wieder neben dem rechten aufgestellten Fuß auf der Sohle zu stehen kommt (der Fuß hebt sich dabei nicht vom Boden ab!).
■ Aus dieser Position wiederholt sich die Bewegung und das Bein rutscht wieder auf der Fußsohle mit einem lockerer Plumps auf die Matte zurück. Das linke Knie beschreibt bei dieser Schwimmbewegung einen kleinen Kreis (Abb. 5 b): von der Streckung am Boden liegend zur nach außen aufgeklappten Position, zurück in die Mitte neben das andere angestellte Knie und wieder zum Boden in die lang ausgestreckte Lage.
■ Nun lassen Sie beide Beine wegrutschen und vergleichen wieder Ihre Auflagefläche der linken und der rechten Körperseite, lassen sich ein wenig ruhen und gönnen auch Ihrer Konzentration eine Pause.
■ Nach einer Weile stellen Sie wieder beide Beine an – nacheinander hochschwimmend über die schlurfenden Fußaußenkanten – und führen dann das Schwimmen mit dem rechten Bein aus, während das linke angestellt bleibt.
■ Wieder nach einer Pause zum Spüren und zum Nichtstun beenden Sie die Übung mit ein paar Schwimmbewegungen beider Beine gleichzeitig (Abb. 5b)!
Langsam, langsam! Kein Bauchmuskulatortraining! Nur unter Zuhilfenahme von Druck- oder Gewichtsverlagerungen im Knochen und Gelenksystem!
Zum Abschluss Ihrer erholsamen halben Stunde bleiben Sie wieder eine Pause lang auf dem Rücken ausgestreckt liegen, rollen dann „den Seehund“ noch einmal auf seine Lieblingsseite. Kommen Sie rund und geschmeidig wie damals, als Sie noch nicht mal ein Jahr alt waren und die Aufrichtung auf Ihre zwei Beine entdeckt hatten, wieder zum Stehen hoch. Dehnen und recken Sie sich und nehmen Sie staunend Ihre Umgebung wahr. Nun kann die Freizeit beginnen!

Zur Ruhe kommen

Der kleine Kreislauf (10Minuten)
(aus dem Qi-Gong)
(Bloemeke, 2008)

Mit der Kraft Ihres Geistes wandern Sie innerhalb Ihres Körpers direkt unter der Haut auf einem imaginären Kreislauf entlang, der an Ihrer Vorderseite vom Kopf in Richtung Bauch verläuft und auf Ihrer Rückseite vom Steißbein in Richtung Scheitel. Wie mit einem Lichtstrahl verbinden Sie auf diesem Oval neun vorgestellte „Punkte“ miteinander, bei denen Sie inne halten und sich entspannen. Entdecken Sie, wo Sie schwerer vorwärts kommen, wo Sie ganz ohne Mühe entlang gleiten oder wo Ihre Aufmerksamkeit nachlässt. Wenn Sie abschweifen, bringen Sie sich einfach zu einem Ihrer letzten Ruhepunkte zurück und fahren Sie mit Ihrem vorgestellten Lichtstrahl von dort aus fort.

Anleitung:

■ Sie sitzen für den „kleinen Kreislauf“ bequem und aufrecht auf einem Stuhl, die Füße etwa schulterweit auseinander auf dem Boden. Ihr Rücken bleibt beweglich, so dass Sie mit kleinen ausgleichenden Bewegungen auftretende Hindernisse auf der Reise Ihres Lichtstrahles aus dem Weg räumen. Ihre Stirn ist entspannt und Sie richten Ihre Wahrnehmung nach innen. Wenn Sie sich ein Lächeln schenken, können Sie im Körper spüren, wie es sich wohltuend ausbreitet.
■ Finden Sie für die Reise Ihr eigenes Tempo und wiederholen Sie die Kreisbahn mindestens 3-mal hintereinander.
Die neun Ruhepunkte
1. „Unteres Dantian“: zwischen Nabel und Schambein, etwas näher am Schambein
2. Damm: der Mittelpunkt auf dem Damm
3. Steißbein: Punkt unter der äußersten Steißbeinspitze
4. „Tor des Lebens“: Bereich der Lendenwirbelsäule, auf der „Rückseite“ des Nabels
5. „Großer-Wirbel-Punkt“: kurz unter dem am meisten hervorstehenden Halswirbel
6. „Jadekissen“: Fläche am unteren Rand des Hinterhauptes
7. „Himmelstor“: Scheitelpunkt auf der Mitte des Kopfes in der Linie der Ohren
8. „oberes Dantian“: Drittes Auge, zwischen den Augenbrauen
9. „mittleres Dantian“: Mitte des Brustbeins in Herzhöhe
10. wieder 1. „unteres Dantian“

Zum Abschluss:
- Legen Sie Ihre Handflächen übereinander (links über rechts) unterhalb des Nabels auf Ihren Bauch und verweilen Sie so zum Nachspüren und Sammeln der entstandenen Energie.
- Reiben Sie nun Ihre Handflächen aneinander und wenden Sie sie Ihrem Gesicht zu.
- Legen Sie die Fingerkuppen beider Hände rechts und links leicht auf den Unterkiefer. Streichen Sie von dort sanft mit beiden Handflächen 3-mal über Ihr Gesicht:
  – beim Einatmen aufwärts vom Unterkiefer, neben der Nase entlang zur Stirn,
  – beim Ausatmen nach außen über die Schläfen, über die Wangen, über den entspannten Unterkiefer zum Kinn abwärts.
- Massieren Sie 3-mal mit den Fingerkuppen Ihre Kopfhaut wie beim Haare waschen: beginnen Sie jedes Mal an der Stirn und kraulen Sie nach hinten bis zum Haaransatz am Hinterhaupt.
- Mit leichtem Klopfen Ihrer Handflächen „tappen“ Sie über Ihren Kopf, wieder 3-mal von vorn nach hinten.
- Massieren Sie 3-mal Ihre Ohrmuscheln von oben nach unten zum Ohrläppchen.
- Mit weit zur Seite ausgebreiteten Ellenbogen reiben Sie mit den Handflächen abwechselnd nach rechts und links die Rückseite Ihres Halses und den Nacken und lassen die Arme dann wieder einen Ruheplatz finden.
Nun lassen Sie wieder die Hände übereinander (links über rechts) auf Ihrem Bauch („unteres Dantian“) ruhen, sammeln dort die gestärkte Energie und Ruhe, die Ihnen jetzt zur Verfügung steht, und wenden Sie Ihre Aufmerksamkeit den bevorstehenden Aufgaben zu.
Literaturverzeichnis


XXII


