WZPP®

WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

Traumapädagogik/ Traumazentrierte Fachberatung (DeGPT/FVTP)

Modul 6:

Selbstfürsorge und Selbsterfahrung

WZPP® - WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

Alfred-Delp-Straße 2	Tel Büro 07965-802 7258	www.wzpp.de
D- 73430 Aalen	Tel Praxis 07965-802 7259	info@wzpp.de

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

Inhalt

1. Stress: Grundlagen und Reaktionen 6
Was ist Stress? 6
Unterschiedliche Ebenen der Stressreaktion 6
Wodurch wird das Ausmaß der Stressreaktion bestimmt? 6
Körperliche Reaktionen bei Stress 7
Psychosoziale Reaktionen bei Stress 7
Eustress und Distress 7
Typische Stressquellen 8
Was passiert bei Stress im Gehirn und im Körper? 8
Stressreaktionen – zusammenwirkende Netzwerke und Körpersysteme 8
Autonomes Nervensystem und Stresshormone 9
Broken-Heart-Syndrom (Takotsubo-Syndrom) 10
Zusammenhänge zwischen Stressverarbeitung und Herzfunktion 10
2. Anhaltender Stress: Gesundheit und Schlaf 11
Macht zu viel Stress krank? 11
Kurz- und langfristige Folgen von Stress 11
Stressreaktionen – akute Anpassung und mögliche längerfristige Belastung 11
Weitere Stressreaktionen differenziert einordnen 12
Was passiert, wenn der Stress zu lange anhält? 13
Guter Schlaf – wichtig für die Regeneration 13
Schlafdauer und Alter 14
Schlaf und Gesundheit 14
Schlaf, Gedächtnis und Erholung des Gehirns 15
Verhaltenstipps bei stressbedingten Schlafstörungen 15
3. Burnout: Begriff, Warnzeichen und Einordnung 17
Besonders gefährdete Personengruppen 18
Mögliche Alarmzeichen wahrnehmen 18
Warnsignale 18
Differenzialdiagnostik 19
Burnout in der ICD-11 19
Definition „Burnout“ 19
Maslach Burnout Inventory – Belastungsdimensionen erfassen 20
Unterschiede zwischen Stress und Burnout 20
Genetische Einflüsse und veränderbare Bedingungen 20

Phasenmodelle: Verlauf und Stadien des Burnouts 21
Phasenmodell nach Freudenberger und North (1992) 21
Phasenmodell nach Fengler (2008): zeitlicher Ablauf der Entwicklung eines Burnout-Syndroms 21
Risikofaktoren und Ursachen 22
1. Berufliche Ursachen (personenexterne Belastungsfaktoren) 22
2. Gesellschaftliche Ursachen 22
3. Persönliche Ursachen und Risikofaktoren (personeninterne Belastungsfaktoren) 23
4. Besondere Belastungen in der Traumaarbeit 24
Übertragung und Gegenübertragung: Erklärung und Beispiele 24
Wichtige Gegenmaßnahmen 25
Übertragung und Gegenübertragung – Begriffe und Reflexionsbeispiele 25
5. Sekundäre Traumatisierung 27
Wichtige Risiken für Burnout und sekundäre Traumatisierung 27
Ein ressourcenorientierter Lichtblick 28
6. Burnout-Prävention: Ansatzpunkte und Modelle 29
Die vier E nach Tischinger 29
1. Erkennen 29
2. Entlasten 29
3. Erholen 29
4. Ernüchtern 30
Stressregulation durch Meditation und Achtsamkeit 30
Atem, Bewegung oder äußere Wahrnehmung als Aufmerksamkeitsanker 30
Meditationsforschung: Ergebnisse und Grenzen 31
MBSR – Mindfulness-Based Stress Reduction 31
Präventionsmodelle 32
Das Modell nach M. Tischinger 32
Das 12-Stufen-Modell der Burnout-Prävention nach T. Bergner 33
Die zwölf zentralen Wege der Burnout-Prävention 33
Zielbereiche (zu Stufe 11) 34
Arbeit mit eigenen Zielen 35
7. Unterstützung durch Team und Institution 36
Was Helfenden in Beratung und Therapie hilft 36
Sicherheit gemeinsam herstellen: Person, Fachkraft und Institution 36
Arbeitsblatt: Ressourcen, Strukturen und Abläufe prüfen 37
Gewaltschutz, Dokumentation und Nachbereitung 37
Fallübung: Die Triade arbeitsfähig machen 38

8. Selbstfürsorge und Psychohygiene der Helfenden 39
Psychohygiene: Was hilft Helfenden persönlich und für die Arbeit? 39
Achtsamkeit 40
Selbstfürsorge: auf die eigenen Grundbedürfnisse achten 40
Neurobiologie der sozialen Unterstützung 41
Energiebalance 41
9. PEP – Prozess- und Embodimentfokussierte Psychologie 42
Schwerpunkte der PEP-Arbeit 42
Selbstbeziehung verbessern 42
Belastende Bewertungen als Hypothesen erkunden 42
Selbstwertgefühl stärken 43
Humor integrieren 43
Selbstwert und Beziehungen: fünf Reflexionsthemen im PEP-Modell 43
Selbstakzeptanz und heutige Handlungsmöglichkeiten erkunden 43
Zu 1: Selbstvorwürfe 43
Zu 2: Fremdvorwürfe (Vorwürfe an andere) 44
Zu 3: Erwartungen an andere 44
Zu 4: Altersregression 44
Zu 5: Dysfunktionale Loyalitäten 44
Ideen für kraftvolle Lösungssätze 45
10. Authentizität 46
Anthropologische Grundannahmen des personzentrierten Ansatzes (nach Carl Rogers) 47
Wie kommt es zur Entfremdung von uns selbst? (nach Carl Rogers) 47
Ursachen unauthentischen Handelns 48
Was ist unauthentisch? 49
Authentische Reaktion 49
Eisbergmodell 50
Antreiber 50
Wie komme ich meiner Authentizität näher? 51
11. Kommunikation 52
Die vier Komponenten der gewaltfreien Kommunikation nach Rosenberg 52
Selbstreflektierende Fragen in der Beratung 54
Wie Worte das Gesprochene abschwächen oder verstärken können 54
1. Übertriebene Rechtfertigung 54
2. Pauschale Verallgemeinerungen 54
3. Indirekte Ansprache 55

Fragst du noch oder weißt du schon? 55
12. Selbsterfahrung, kollegiale Beratung und Transfer 56
Selbsterfahrung: Meine professionelle Rolle 56
Interaktionsanalyse ohne Schuldzuweisung 56
Kollegiale Fallberatung in sechs Schritten 56
Persönlicher und institutioneller Transferplan 57
13. Supervision und Abschluss nach dem gemeinsamen Curriculum 58
Fachspezifische Supervision (24 UE) 58
Abschlussnachweise nachvollziehbar gestalten 58
14. Literatur 60

1. Stress: Grundlagen und Reaktionen

Was ist Stress?

Auf die Frage „Was ist Stress?“ nennen Patientinnen und Patienten zum Beispiel: Leistungsdruck, Zeitdruck, Überforderung, Wetter, Finanzprobleme, Arbeitsstunden, Hektik, Konflikte, Partnerschaft, Autofahren, Fliegen, Konkurrenz.

Kurzfristig mobilisiert der Körper bei Stress Energie für Kampf oder Flucht (Cannon, 1915). Wird eine Situation als überwältigend erlebt, können auch Erstarren oder Kollaps auftreten (Kozlowska et al., 2015).

Stress bezeichnet zum einen durch spezifische äußere Reize (Stressoren) hervorgerufene psychische und physische Reaktionen bei Lebewesen, die zur Bewältigung besonderer Anforderungen befähigen, und zum anderen die dadurch entstehende körperliche und geistige Belastung.

Stressreaktionen haben eine zentrale Bedeutung für die körperliche und psychische Anpassung an sich verändernde Umweltbedingungen.

Hans Selye beschrieb 1936 ein gleichförmiges Reaktionsmuster des Organismus auf ganz unterschiedliche schädigende Reize, das in drei Stadien verläuft: Alarmreaktion, Widerstand und Erschöpfung (Selye, 1936, 1946). Später definierte er Stress als unspezifische Reaktion des Körpers auf jede Anforderung (Selye, 1974). Nach dem transaktionalen Stressmodell hängt das Stresserleben wesentlich davon ab, wie eine Person die Anforderung und ihre Bewältigungsmöglichkeiten bewertet; diese Bewertung geschieht oft schnell und unbewusst (Lazarus und Folkman, 1984).

Stressreaktionen können durch äußere Anforderungen, körperliche Prozesse oder innere Vorstellungen ausgelöst werden. Bewusste Wahrnehmung eines äußeren Reizes ist keine notwendige Voraussetzung.

Unterschiedliche Ebenen der Stressreaktion

Stressreaktionen zeigen sich auf unterschiedlichen Ebenen:

- Körper
- Verhalten
- Denken
- Fühlen

Wodurch wird das Ausmaß der Stressreaktion bestimmt?

- **Psychisches Empfinden:** Stimmungen und Gefühle
- **Leistungsfähigkeit und -bereitschaft:** körperlich und geistig
- **Selbstwertgefühl:** was wir uns zutrauen

Stresserleben wird durch Anforderungen, körperlichen Zustand, verfügbare Ressourcen und subjektive Bewertungen beeinflusst.

Bewertung der Anforderung	Stresserleben
wenig wichtig	geringer Stress
wichtig, realisierbar	mittelstarker Stress
wichtig, nicht realisierbar	**hoher Stress**

Körperliche Reaktionen bei Stress

Bereich	Mögliche akute Veränderungen
Beteiligte Systeme	Vegetatives Nervensystem, Hormone, Gehirn
Atmung und Kreislauf	Atem, Puls ↑, Blutdruck ↑
Stoffwechsel	Blutzucker ↑, Blutfette ↑
Durchblutung	Muskulatur ↑, Gehirn: variabel, Verdauungsorgane ↓, Sexualorgane ↓
Blut und Abwehr	Thrombozyten ↑, Leukozyten ↑, Immunzellen werden umverteilt

Die Abbildungen sind vereinfachte Lernmodelle. Stress verändert Aktivierung, Aufmerksamkeit und Stoffwechsel abhängig von Intensität, Dauer und Situation. Eine generelle Minderdurchblutung des Gehirns oder eine stets sinkende Immunabwehr lässt sich daraus nicht ableiten; akute und chronische Prozesse unterscheiden sich (McEwen, 2017).

Psychosoziale Reaktionen bei Stress

Ebene	Bei bewältigbarer Belastung	Bei Dauerstress
Erleben	Selbstvertrauen ↑, Zufriedenheit ↑, Optimismus ↑	Selbstzweifel ↑, Verstimmung ↑, Ohnmacht/Resignation ↑
Denken	Konzentration, Merkfähigkeit und Urteilsvermögen ↑	Tunnelblick, Selbstkritik, Verlust der Flexibilität ↓, Verlust der Kreativität ↓
Verhalten	Ziel- und Ergebnisorientierung ↑, Handlungseffizienz ↑	Konfliktfähigkeit ↓, Fähigkeit zu planvollem Verhalten ↓

Eustress und Distress

Eustress (positiver Stress; Begriff nach Selye, 1974)

- hängt von Bewertung, Dosis und Dauer der Anforderung ab; dieselbe Situation kann als Eustress oder Distress erlebt werden (Le Fevre et al., 2003; Bienertova-Vasku et al., 2020)
- belebende Wirkung, fördert Kreativität und Vitalität
- ist die Grundlage, Herausforderungen zu meistern

- am Ende meist Freude, Genugtuung, Zufriedenheit, Erfolgsgefühl und Entspannung

Distress als belastendes Stresserleben

Distress kann kurzzeitig oder anhaltend auftreten. Beginn und Auslöser können unterschiedlich klar sein. Bei Überlastung sind folgende Erscheinungen möglich:

- Leistungsgrenzen werden wiederholt überschritten
- Erfolgserlebnisse führen nicht zu einer Entlastung oder werden nicht wahrgenommen
- Tendenz zu Selbstzweifeln und Schuldgefühlen
- Verlust von bezogener Selbstreflexion
- eingeschränkte soziale Kompetenz

> **Wichtig:** Anhaltender Distress kann zu ernsthaften Beeinträchtigungen in körperlicher, kognitiv-emotionaler und sozialer Hinsicht führen (McEwen, 2017).
>
> **Konsequenz:** Die Lebenswirksamkeit und die Lebensqualität der betroffenen Person können deutlich beeinträchtigt sein.
>
> **Folge:** Nachlassende Arbeitsleistung und Belastbarkeit sowie psychische, soziale und körperliche Beeinträchtigungen können sich gegenseitig verstärken und einen Teufelskreis mit Burnout-Risiko fördern.

Typische Stressquellen

- **Interne Stressquellen:** Motive, Regeln und Einstellungen (übertriebenes Leistungsstreben, Ehrgeiz, Konkurrenzdenken, Perfektionismus, Selbstwert)
- **Externe Stressquellen:** äußere Anforderungen aus der Umwelt und anderen Lebensbereichen (z. B. Lärm, Zeitdruck, Personen, Konflikte, körperliche Belastung)

Was passiert bei Stress im Gehirn und im Körper?

Stressreaktionen – zusammenwirkende Netzwerke und Körpersysteme

Bereich der ursprünglichen Grafik	Fachlich eingeordnete Funktion
Amygdala und weitere Netzwerke	Die Bewertung von Bedeutsamkeit und Bedrohung entsteht im Zusammenwirken mehrerer Bereiche. Die Amygdala ist kein isoliertes Angstzentrum.
Präfrontale Netzwerke	Aufmerksamkeit, Planung und Regulation können unter starker Belastung verändert sein. Daraus folgt keine generelle vollständige Abschaltung des präfrontalen Kortex.
Hippocampus und Gedächtnisnetzwerke	Kontextbezug, Erinnern und zeitliche Einordnung können durch Stress beeinflusst werden. Eine starre Blockade zwischen Amygdala und Hippocampus erklärt nicht sämtliche Traumafolgen.

Bereich der ursprünglichen Grafik	Fachlich eingeordnete Funktion
Sprachnetzwerke einschließlich Broca-Region	Sprechen kann unter Überforderung erschwert sein. Sprachfähigkeit lässt sich jedoch nicht aus einer schematischen Abschaltung eines einzelnen Zentrums ableiten.
Thalamus, Hypothalamus, Hirnstamm und autonomes Nervensystem	Sensorische Verarbeitung, vegetative Regulation und hormonelle Prozesse wirken zusammen. Der Vagusnerv ist ein Teil autonomer Regulation; die Abbildung ist kein Nachweis eines bestimmten Zustands einer einzelnen Person.
Adrenalin und Noradrenalin	Sympathische Aktivierung und Katecholamine unterstützen kurzfristige Anpassungen etwa von Herzfrequenz und Energiebereitstellung. Verlauf und Folgen hängen vom Kontext ab.
Cortisol	Die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse beeinflusst die Cortisolfreisetzung. Cortisol folgt auch einem Tagesrhythmus; bei chronischer Belastung sind nicht bei allen Menschen dauerhaft erhöhte Werte zu erwarten.

Aktualisierte Fassung der WZPP-Stressgrafik. Stress verändert die Zusammenarbeit von Netzwerken; Durchstreichsymbole werden nicht als tatsächliche feste Gehirnblockaden verwendet. Grundlagen und individuelle Grenzen: McEwen (2017), DOI 10.1177/2470547017692328.

Autonomes Nervensystem und Stresshormone

Die hormonelle Stressreaktion verläuft über zwei Hauptachsen: Die schnelle Sympathikus-Nebennierenmark-Achse setzt innerhalb von Sekunden Adrenalin und Noradrenalin frei; die langsamere Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse führt innerhalb von Minuten zur Ausschüttung von Cortisol (Ulrich-Lai und Herman, 2009).

Bei einer akuten Stressreaktion arbeiten autonomes Nervensystem und Hormonsystem zusammen. Sympathische Aktivierung und Katecholamine verändern unter anderem Herzfrequenz, Gefäßregulation und Energiebereitstellung. Noradrenalin wirkt im Gehirn in mehreren Netzwerken; die Amygdala ist kein isoliertes Angstzentrum. Das Abklingen der Reaktion beruht auf mehreren Regulationsprozessen und nicht auf einem zwangsläufigen „Verbrauch“ der Rezeptorbindung. Anhaltender Stress kann daher weiterhin körperlich wirksam bleiben (McEwen, 2017).

Cortisol ist ein Glukokortikoid mit vielfältigen Stoffwechsel- und Regulationsfunktionen. Seine Ausschüttung über die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse folgt unter anderem einem Tagesrhythmus und reagiert zeitlich verzögert auf Belastung. Chronischer Stress führt nicht bei allen Menschen zu dauerhaft erhöhten Werten; Muster hängen von Belastung, Erkrankung und Messzeitpunkt ab (McEwen, 2017).

Anhaltende Belastung kann Stoffwechselregulation, Schlaf, Appetit und Essverhalten ungünstig beeinflussen. Insulinresistenz bedeutet nicht fehlendes Hungergefühl.

Kurzfristig werden Herz-Kreislauf-Funktion und Energiebereitstellung gesteigert; Vorgänge, die in der akuten Situation nicht vorrangig sind, etwa Verdauung, Wachstum und Gewebeaufbau,

treten zurück. Anhaltend hohe Glukokortikoidspiegel – gut belegt vor allem bei Cortisontherapie oder Cushing-Syndrom – hemmen unter anderem den Knochenaufbau und die Kalziumaufnahme im Darm (Buckley und Humphrey, 2018).

Stress kann Konzentration, flexibles Denken, Gedächtnisabruf, Schlaf und Schmerzverarbeitung beeinflussen. Langfristige Belastung ist mit Veränderungen neuronaler Netzwerke verbunden; Ergebnisse aus Gruppenstudien erlauben keine Aussage, dass das Gehirn einer bestimmten belasteten Person „geschrumpft“ oder dauerhaft geschädigt sei. Plastizität und Veränderungsmöglichkeiten bleiben bestehen (McEwen, 2017).

Broken-Heart-Syndrom (Takotsubo-Syndrom)

Ein Schicksalsschlag kann Herzschmerzen auslösen und sogar zum Tod führen. Beim sogenannten **Broken-Heart-Syndrom** spielt auch das Gehirn eine Rolle.

Der Verlust eines lieben Menschen – oder auch ein Lottogewinn – können aufs Herz schlagen und Symptome wie bei einem Herzinfarkt auslösen. Beim sogenannten Broken-Heart-Syndrom gibt es zunehmend Hinweise auf eine Beteiligung des Gehirns (Ghadri et al., 2016; Templin et al., 2019).

Das Takotsubo-Syndrom kann nach starken körperlichen oder emotionalen Belastungen auftreten; ein Auslöser ist nicht immer erkennbar. Sympathische Aktivierung und Katecholamine spielen eine Rolle, jedoch findet sich nicht bei allen Betroffenen dieselbe messbare Hormonerhöhung (Ghadri et al., 2018).

Brustschmerz, Enge und Atemnot können einem Herzinfarkt ähneln und sind akut medizinisch abzuklären. Beim Takotsubo-Syndrom liegt eine meist vorübergehende regionale Störung der Herzmuskelbewegung vor. Die Mechanismen sind komplex; eine bloße Verkrampfung der Herzkranzgefäße erklärt das Syndrom nicht. Es kann lebensbedrohliche Komplikationen verursachen. Bei neuem starkem Brustschmerz oder akuter Atemnot: Notruf 112 (Ghadri et al., 2018).

Zusammenhänge zwischen Stressverarbeitung und Herzfunktion

In einer Bildgebungsstudie zeigten Menschen mit Takotsubo-Syndrom eine verminderte funktionelle Vernetzung in Hirnregionen, die an der Emotionsverarbeitung beteiligt sind, darunter Amygdala, Hippocampus und Gyrus cinguli. Einige dieser Regionen sind auch an der Steuerung unwillkürlicher Körpervorgänge wie dem Herzschlag beteiligt (Templin et al., 2019).

Die Häufigkeit hängt von der untersuchten Gruppe ab. Eine allgemeine Prozentangabe für alle Menschen mit „Herzattacken“ ist deshalb nicht sinnvoll; das Syndrom wird kardiologisch differenzialdiagnostisch abgeklärt.

2. Anhaltender Stress: Gesundheit und Schlaf

Macht zu viel Stress krank?

Stress an sich ist sinnvoll: Er hilft Lebewesen, Energiereserven zu mobilisieren und Gefahren zu bewältigen. Je nach Situation können Kampf, Flucht, Erstarren oder – bei überwältigender Bedrohung – Kollaps und dissoziative Reaktionen auftreten (Kozlowska et al., 2015).

Hohe, lang anhaltende oder schlecht beeinflussbare Anforderungen können belastendes Stresserleben fördern; auch kurze Belastungen können Distress auslösen.

Anhaltender Distress kann das Risiko gesundheitlicher Beeinträchtigungen erhöhen.

Kurz- und langfristige Folgen von Stress

Stressreaktionen – akute Anpassung und mögliche längerfristige Belastung

Reaktion	Möglicher akuter Zusammenhang	Einordnung bei anhaltender Belastung
Erhöhte Herzfrequenz	Kann die kurzfristige körperliche Aktivierung und Blutversorgung unterstützen. Eine höhere Herzfrequenz bedeutet nicht in jeder Situation bessere Leistung.	Anhaltende Belastung kann zusammen mit weiteren Faktoren das Herz-Kreislauf-System beanspruchen. Eine einzelne Stressreaktion führt nicht zwangsläufig zu einer Schädigung.
Veränderte Verdauungsaktivität	Vegetative Reaktionen können Verdauung und Appetit verändern; die Formulierung „Blut ist nicht im Bauch“ ist keine zutreffende Erklärung.	Magen-Darm-Beschwerden können durch Belastung beeinflusst werden, sind aber nicht automatisch stressbedingte Magengeschwüre. Häufige Ursachen peptischer Geschwüre sind Helicobacter pylori und bestimmte entzündungshemmende Schmerzmittel (NSAR); Beschwerden werden medizinisch abgeklärt (NIDDK, 2022).

Fachlich aktualisierte Übersicht zu der ursprünglichen Tabelle aus Eckert und Tarnowski (2017). Die Spalten beschreiben mögliche Zusammenhänge, keine unvermeidlichen Krankheitsfolgen (McEwen, 2017; NIDDK, 2022).

Weitere Stressreaktionen differenziert einordnen

Reaktion oder Verhalten	Möglicher akuter Zusammenhang	Einordnung bei anhaltender Belastung
Erhöhte Anspannung	Kann körperliche Reaktionsbereitschaft unterstützen.	Anhaltende Muskelanspannung kann mit Schmerzen, etwa im Kopf-, Nacken- oder Rückenbereich, und eingeschränktem Wohlbefinden einhergehen; andere Ursachen bleiben zu prüfen.
Erhöhter Blutdruck	Kann im Rahmen einer kurzfristigen Kreislaufreaktion auftreten.	Dauerhaft erhöhter Blutdruck ist ein medizinischer Risikofaktor. Ein vorübergehender stressbedingter Anstieg ist nicht gleichbedeutend mit einer späteren Herz-Kreislauf-Erkrankung.
Erhöhter Blutzucker	Kurzfristige Energiebereitstellung gehört zu möglichen Stressreaktionen.	Chronische Belastung kann Stoffwechselregulation und Gesundheitsverhalten beeinflussen. Aus einem einzelnen Anstieg folgt keine Diabetesdiagnose.
Unregelmäßiges Essen	Mahlzeiten können unter Zeitdruck oder starker Beschäftigung mit Aufgaben vernachlässigt werden. Dies ist kein gesundheitlicher Vorteil.	Ungünstige Ess- und Erholungsbedingungen können Wohlbefinden und Stoffwechsel belasten; verlässliche Pausen und passende Ernährung gehören zur Unterstützung.
Erhöhte Wachsamkeit und veränderte Sinnesverarbeitung	Aufmerksamkeit kann sich auf mögliche Gefahr verengen.	Aus erhöhter Wachsamkeit lässt sich keine allgemeine Kausalkette zu erhöhtem Augeninnendruck, Hörsturz oder Tinnitus ableiten. Plötzlicher Hörverlust wird umgehend medizinisch abgeklärt (NIDCD, 2018).
Veränderte Schmerzwahrnehmung	Schmerz kann unter akuter Belastung vorübergehend weniger wahrgenommen werden, aber auch zunehmen.	Belastung und Schmerz können sich gegenseitig beeinflussen. Verminderte Wahrnehmung bedeutet nicht, dass Verletzungen oder Erkrankungen unbedeutend sind.

Reaktion oder Verhalten	Möglicher akuter Zusammenhang	Einordnung bei anhaltender Belastung
Veränderte Immunprozesse	Akute Reaktionen verändern die Verteilung und Aktivität von Immunzellen; dies ist nicht mit allgemein gesteigerter Immunkompetenz gleichzusetzen.	Anhaltende Belastung kann unterschiedliche Immunprozesse verändern. Eine einheitliche Abfolge „erst stärker, dann schwächer“ beschreibt das nicht hinreichend.
Vermehrte Beschäftigung mit dem Problem	Gezieltes Nachdenken kann beim Finden von Lösungen helfen.	Anhaltendes Grübeln kann Belastung und Schlafprobleme verstärken; Pausen, Unterstützung und konkrete Handlungsmöglichkeiten werden geprüft.

Fachlich aktualisierte Fortsetzung der ursprünglichen Tabelle aus Eckert und Tarnowski (2017). Reaktionen und Gesundheitsfolgen unterscheiden sich nach Dauer, Situation und Person (McEwen, 2017). Plötzlicher Hörverlust: NIDCD (2018), Sudden Deafness. Die Tabelle ist kein Diagnoseinstrument.

Was passiert, wenn der Stress zu lange anhält?

Hält die Belastung lange an, können unter anderem folgende Beschwerden auftreten. Sie sind unspezifisch und können auch andere Ursachen haben:

- anhaltend erhöhter Puls und Blutdruck
- Spannungskopfschmerzen
- Muskelverspannungen und Rückenschmerzen
- anhaltende Alarmbereitschaft und erhöhte Reizbarkeit
- kognitive Reaktionen wie Denkblockaden, Vergesslichkeit, eingeengte Wahrnehmung, Leistungsabfall
- Emotionale Reaktion: Angst und Wut
- vermehrtes Schwitzen
- Veränderungen im Bereich der Sexualhormone (Zyklusstörungen, Fertilitätsstörungen, Libido- und Potenzverlust, …)
- Veränderungen des Immunsystems, z. B. höhere Infektanfälligkeit (Segerstrom und Miller, 2004)
- Schlafstörungen

Guter Schlaf – wichtig für die Regeneration

Um den Einfluss von Stress und anderen Faktoren auf den Schlaf feststellen zu können, muss das übliche Schlafverhalten einer Person unter normalen Bedingungen bekannt sein, denn zwischen verschiedenen Personen bestehen große individuelle Unterschiede in der Schlafdauer. Verschiedene Personen reagieren zudem auf Belastungssituationen mit unterschiedlichen Symptomen und Veränderungen des Schlafes.

Schlafdauer und Alter

Nicht alle Menschen schlafen gleich viel und bereits im Kindesalter bestehen große Unterschiede in der individuell bevorzugten Schlafdauer.

- Für Erwachsene gelten meist etwa 7 bis 9 Stunden Schlaf als Orientierung; jüngere Erwachsene sollten regelmäßig mindestens 7 Stunden schlafen. Bedarf und Schlafqualität unterscheiden sich individuell (CDC, 2024; AASM, o. J.).
- Ein dauerhaft sehr kurzer Schlafbedarf ist selten. Sich subjektiv an wenig Schlaf gewöhnt zu haben, beweist keine ausreichende Erholung. Längerer Schlaf kann etwa bei Krankheit oder nach Schlafmangel sinnvoll sein (NHLBI, 2022).
- Orientierungswerte pro 24 Stunden einschließlich Tagschlaf: Neugeborene 0–3 Monate etwa 14–17 Stunden; Säuglinge 4–12 Monate 12–16 Stunden; Kinder 1–2 Jahre 11–14 Stunden (CDC, 2024).
- Kinder von 3–5 Jahren benötigen meist 10–13 Stunden, von 6–12 Jahren 9–12 Stunden und Jugendliche etwa 8–10 Stunden Schlaf pro 24 Stunden (CDC, 2024).
- Schlaf verändert sich auch im Erwachsenenalter. Regelmäßigkeit, ausreichende Gelegenheit und erlebte Erholung sind ebenso zu beachten wie die Zahl der Stunden.

Mit zunehmendem Alter wird der Nachtschlaf leichter und häufiger unterbrochen; Tiefschlafanteil und Schlafeffizienz nehmen ab. Die Gesamtschlafzeit sinkt bis etwa zum 60. Lebensjahr leicht und bleibt danach bei gesunden Menschen weitgehend stabil; Tagschlaf kann hinzukommen (Ohayon et al., 2004).

Schlaf und Gesundheit

Schlaf und Gesundheit werden sowohl in experimentellen als auch in Beobachtungsstudien untersucht. Dabei sind Zusammenhang und Ursache zu unterscheiden.

- Regelmäßig unzureichender Schlaf geht unter anderem mit erhöhten Risiken für Unfälle, Herz-Kreislauf- und Stoffwechselprobleme einher. Einzelne relative Risikowerte aus ausgewählten Gruppen lassen sich nicht als persönliche Prognose verwenden (CDC, 2024).
- Schlafprobleme können zugleich Folge körperlicher oder psychischer Erkrankungen sein. Bei anhaltenden Beschwerden ist deshalb eine Abklärung sinnvoll, statt sie allein auf Stress oder persönliche Gewohnheiten zurückzuführen.
- **Immunsystem:** Schlaf kann die Funktion bestimmter Abwehrzellen, der T-Zellen, unterstützen. In einer experimentellen Studie hefteten sich T-Zellen nach Schlaf besser an Zielzellen an, weil ihre Haftmoleküle (Integrine) stärker aktiviert wurden; vermutlich, weil im Schlaf weniger hemmende Botenstoffe wie Adrenalin ausgeschüttet werden (Dimitrov et al., 2019).
- Auch längere Schlafdauer kann in Beobachtungsstudien mit Erkrankungen zusammenhängen. Daraus folgt nicht, dass mehr als acht Stunden Schlaf gesundheitsschädlich sind; Krankheit und Erholungsbedarf können die Schlafdauer selbst verändern (NHLBI, 2022).
- Für geistige Leistungsfähigkeit sind ausreichend langer, regelmäßiger und möglichst ungestörter Schlaf wichtig. Es gibt keine universelle optimale Dauer von genau sieben bis acht Stunden für alle Menschen (AASM, o. J.).

Schlaf, Gedächtnis und Erholung des Gehirns

Schlaf unterstützt Lernen, Regulation und körperliche Erholung. Eine mögliche Beteiligung des glymphatischen Systems am Abtransport von Stoffwechselprodukten wird weiterhin erforscht.

Das glymphatische Modell beschreibt den Austausch von Gehirnflüssigkeit und Gewebsflüssigkeit. Ergebnisse hängen von Messmethoden, Schlafzustand und untersuchter Spezies ab; die Übertragung von Tierexperimenten auf den menschlichen Alltag ist begrenzt.

Zahlen zu verändertem Zellzwischenraum stammen aus spezifischen Tierexperimenten und sind keine normalen Messwerte des schlafenden menschlichen Gehirns. Deshalb werden sie hier nicht als menschliche Prozentwerte verwendet.

Amyloid und weitere Stoffwechselprodukte spielen in verschiedenen Forschungsmodellen eine Rolle. Die pauschale Angabe von sieben Gramm „Abfall“ pro Tag und ein daraus folgender Zusammenbruch der Hirnfunktion sind keine belastbare Alltagserklärung.

Blutbasierte Biomarker für neurodegenerative Erkrankungen gehören in eine spezialisierte diagnostische Einordnung. Aus ihnen lässt sich im Rahmen eines Selbstfürsorgekurses keine individuelle spätere Demenzerkrankung vorhersagen.

Dass die Reinigung ausschließlich im Tiefschlaf stattfinde oder Seitenschlaf nachweislich Demenz verhindere, ist nicht belegt. Eine experimentelle Studie an Mäusen fand 2024 sogar eine verringerte Clearance im Schlaf und unter Anästhesie. Dies zeigt die offene Methodendiskussion und mindert nicht die Bedeutung ausreichenden Schlafs (Miao et al., 2024).

Mikroglia erfüllen vielfältige Funktionen in Entwicklung, Immunabwehr und Regulation des Gehirns. Sie sind nicht lediglich ein Reinigungssystem für Plaques.

Schlaf unterstützt Lernen und Gedächtnis.

- Dabei verändern sich Aktivität und Zusammenarbeit neuronaler Netzwerke.
- Verschiedene Modelle beschreiben Stabilisierung und Veränderung von Verbindungen.

Diese Prozesse lassen sich nicht auf das Schaffen freien Speicherplatzes reduzieren.

Ausreichender Schlaf unterstützt Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Stimmung und Immunfunktion. Für Selbstfürsorge bedeutet das: Schlafgelegenheiten schützen, Schichtbelastung berücksichtigen und anhaltende Störungen abklären lassen (CDC, 2024).

Verhaltenstipps bei stressbedingten Schlafstörungen

- Verrichten Sie **vor Ihrer üblichen Bettzeit keine aufregenden oder anstrengenden Tätigkeiten**. Eine bis zwei Stunden sollten für das Ausklingen des Tages, für Entspannung und ein regelmäßiges Schlafritual eingeplant werden.
- Gehen Sie **abends erst zu Bett**, wenn Sie eine **Einschlafneigung verspüren**. Wenn Sie das Schlafzimmer aus Langeweile, Antriebslosigkeit oder bloß, weil es Zeit ist, aufsuchen, so werden Schlafprobleme gefördert.
- **Stehen Sie jeden Morgen zur gleichen Zeit mit dem Wecker auf**, unabhängig von der nächtlichen Schlafdauer. Eine regelmäßige Aufwachzeit führt dazu, dass abends jeweils zu ähnlicher Zeit Schläfrigkeit aufkommt.
- **Vermeiden Sie Wachzeiten im Bett.** Verlassen Sie bei Ärger oder Aufregung das Schlafzimmer und verrichten Sie in einem anderen Raum eine ruhige Tätigkeit bis wieder

Schläfrigkeit aufkommt. Diese Maßnahme hat zum Ziel, dass Sie in Ihrem Bett und Schlafzimmer eine Atmosphäre von Schlaf und nicht von erregter Wachheit fördern.

- Machen Sie **keine Einschlafversuche**, sondern gehen Sie zu Bett, um Ruhe und Entspannung zu genießen. Schlaf kann nicht mit Willenskraft herbeigeführt werden. Wir schlafen nicht ein, weil wir es versuchen, sondern weil bei bestehender Schlafbereitschaft der Schlaf bei Entspannung und gedanklichem Loslassen einsetzt.
- **Verfolgen Sie nachts nicht die Uhrzeit**, denn dies führt zu Besorgnis, Frustration und anregenden Gedanken. Legen Sie Uhren und Wecker an eine nicht sichtbare Stelle im Schlafzimmer.
- Kurze Ruhepausen können individuell hilfreich sein. Bei ausgeprägter Tagesmüdigkeit, ungewolltem Einschlafen oder Atempausen sollte eine medizinische Abklärung erfolgen; beim Fahren oder an gefährlichen Arbeitsplätzen hat Sicherheit Vorrang. Bei Insomnie werden Tagschlaf und Schlafrhythmus individuell besprochen.
- Bitte **keinen Fernseher** im Schlafzimmer platzieren.
- Abendliche Bildschirmnutzung kann durch Licht, Aktivierung und verzögertes Zubettgehen stören. Ein Blaufilter allein löst diese Probleme nicht; hilfreicher können eine selbstgewählte Nutzungsgrenze und ruhige Übergänge sein.
- Sich unter Druck zu setzen, schlafen zu müssen, kann Wachheit verstärken. Dennoch kann verkürzter Schlaf ein Defizit verursachen, auch ohne offensichtliches Wegnicken am Tag. Bei länger anhaltenden Schlafproblemen ist eine fachliche Abklärung sinnvoll; Schlafhygiene allein ist nicht für jede Insomnie ausreichend; bei chronischer Insomnie ist die kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie (KVT-I) die Behandlung der ersten Wahl (DGSM, 2025).

3. Burnout: Begriff, Warnzeichen und Einordnung

> Burnout ist mehr als ein vorübergehendes Tief. Der Begriff bezeichnet einen ernst zu nehmenden, anhaltenden Erschöpfungszustand im Zusammenhang mit der Arbeit, der mit seelischen und körperlichen Beschwerden einhergehen kann.
>
> (nach Herbert J. Freudenberger, Psychologe und Psychoanalytiker, der den Begriff 1974 prägte)

Ein sehr wichtiges Thema, das inzwischen zunehmend Beachtung findet, sind Belastungsfolgen bei den Helfern und deren Selbstfürsorge. Lange sah es so aus, als müssten Helfer seelisch und körperlich alles verkraften können. So erlebten viele die Anzeichen eigener Belastbarkeitsgrenzen eher als beschämende Schwäche und hielten länger durch, als ihnen zuträglich war, oder spülten die Alarmzeichen mit Alkohol weg. **Heute ist das Thema Burnout längst kein Tabu mehr, aber es löst sehr widersprüchliche Bewertungen aus.** Gibt es das überhaupt, oder ist es nur eine inflationäre Modediagnose? Ein kaschierender Begriff für eine Depression? Ein Sammelbegriff für alle möglichen Klagen, Befindlichkeitsstörungen, Überforderung und Unzufriedenheit in der hektischen modernen (Arbeits-)Welt? Die Lindauer Psychotherapiewochen widmeten 2012 gar eine ganze Woche dem Leitthema „Alles Burnout – oder was?“.

> Burnout kann als mögliche Folge anhaltend ungünstiger Arbeitsbedingungen und unzureichender Bewältigungsressourcen angesehen werden.
>
> Die Betroffenen fühlen sich erschöpft und leer, sie sehen den Sinn und Nutzen der eigenen Arbeit nicht mehr und haben den Glauben an sich selbst verloren.
>
> Besonders fatal ist der Verlust der persönlichen Wertschätzung sich selbst und anderen gegenüber.

Erschöpfung betrifft Menschen in unterschiedlichen Berufen. Für „Burnout“ gibt es keine über alle Studien einheitliche Fallgrenze; deshalb sind Prävalenzangaben aus unterschiedlichen Fragebögen und Berufsgruppen nicht unmittelbar vergleichbar. Die bisherigen, nicht ausreichend nachprüfbaren Prozentzahlen werden nicht als aktuelle Bevölkerungswerte fortgeschrieben. Belastungen entstehen aus dem Zusammenspiel von Arbeitsanforderungen, Ressourcen, sozialen Bedingungen und individuellen Voraussetzungen. Gesundheitsschutz darf deshalb nicht auf die Persönlichkeit der Beschäftigten verengt werden (WHO, 2022).

Aktuelle Einordnung: Der DAK-Psychreport 2026 wertet die Arbeitsunfähigkeitsdaten von rund 2,4 Millionen erwerbstätigen DAK-Versicherten für 2025 aus. Psychische Erkrankungen verursachten alters- und geschlechtsstandardisiert 366 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherte und 18,7 % aller erfassten Fehltage. Dies sind Daten psychischer Erkrankungen insgesamt, keine Burnout-Prävalenz und keine repräsentative Schätzung für die gesamte deutsche Bevölkerung (DAK-Gesundheit, 2026).

Der Bericht verwendet seit dem Berichtsjahr 2024 eine veränderte Zuordnung zusammenhängender Arbeitsunfähigkeitszeiträume zu einer Leitdiagnose. Ältere Zeitreihen sind deshalb nicht unmittelbar vergleichbar. Arbeitsunfähigkeitsfälle, Fehltage und Erwerbsminderungsrenten sind unterschiedliche Kennzahlen und dürfen nicht gleichgesetzt werden (DAK-Gesundheit, 2026).

Besonders gefährdete Personengruppen

Ein erhöhtes Risiko wird vor allem bei hoher emotionaler Beanspruchung, hohen Anforderungen bei geringem Handlungsspielraum und wenig Unterstützung am Arbeitsplatz beschrieben (Aronsson et al., 2017). Auch sehr hohe Ansprüche an die eigene Leistung können beitragen.

Untersucht wurde Burnout häufig bei Beschäftigten im Gesundheits- und Rettungswesen, in Pflege, Schule, Polizei, Sozialer Arbeit und Callcentern. Burnout kann jedoch in allen Berufen und Tätigkeiten auftreten.

Herbert J. Freudenberger (1974) beschrieb Erschöpfungsprozesse bei stark engagierten Helfenden. Sein historischer Zugang prägte die Diskussion. Früheres „Brennen“ oder idealistische Begeisterung ist jedoch keine notwendige Voraussetzung für das heutige, arbeitsbezogene Burnout-Konzept (WHO, 2019).

Mögliche Alarmzeichen wahrnehmen

Mögliche Warnzeichen sind anhaltende Schlafprobleme, Erschöpfung und fehlende Erholung trotz ausreichender Erholungsgelegenheiten. Sie sind unspezifisch und können verschiedene körperliche oder psychische Ursachen haben.

Zunehmende Distanz zur Arbeit, zynische Einstellungen und nachlassendes berufliches Wirksamkeitserleben sollten Anlass zu einem Gespräch über Belastungen und Arbeitsbedingungen sein (WHO, 2019).

Vorübergehende Müdigkeit ist nicht gleichbedeutend mit Burnout. Entscheidend für den Hilfebedarf sind Verlauf, Ausmaß, Funktionsbeeinträchtigungen und Begleitsymptome; bei starken oder rasch zunehmenden Beschwerden muss nicht erst eine lange Dauer abgewartet werden.

Bei Verdacht auf Burnout sollte immer eine ärztliche Abklärung erfolgen. Anhaltende Erschöpfung kann auch körperliche Ursachen haben, zum Beispiel Blutarmut, Eisenmangel, Schilddrüsenstörungen, Schlafapnoe, eine beginnende Herzschwäche oder Nebenwirkungen von Medikamenten (DEGAM, 2022).

Warnsignale

Die folgenden Beobachtungen geben Anlass, Unterstützung und gegebenenfalls ärztliche oder psychotherapeutische Abklärung zu organisieren. Sie stellen keine Diagnose dar:

- **Keine Erholung:** Achtung, wenn selbst Urlaube das Gefühl der Erschöpfung nicht verringern – und das über einen längeren Zeitraum hinweg.
- **Keine Motivation:** Genauer hinschauen sollte, wer sich nur noch in den Job quält und jede Freude an der Arbeit verloren hat.
- **Keine Energie:** Lustlosigkeit, kein Appetit, Mattigkeit. Wenn man große Energie aufwenden muss für Dinge, die sonst leicht zu erledigen waren, kann das ein Zeichen einer Krise sein.
- **Schlafstörungen:** Wer über eine längere Zeit Probleme mit der Nachtruhe hat, sollte prüfen, ob Dauerstress damit zusammenhängen könnte.
- **Sozialer Rückzug:** Wer sich von seiner Umwelt zunehmend abwendet, zynisch wird und keinen Sinn mehr sieht in dem, was er tut, ist gefährdet.

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

Differenzialdiagnostik

> Anhaltende Arbeitsbelastung kann mit Burnout einhergehen. In der ICD-11 wird Burnout unter QD85 als arbeitsbezogenes Phänomen, nicht als Krankheit geführt. Erschöpfung kann zugleich Symptom einer behandlungsbedürftigen Erkrankung sein. Deshalb sind unter anderem Depression, Angst- oder Traumafolgestörungen, Schlafstörungen und körperliche Ursachen fachlich abzuklären. Eine solche Erkrankung darf nicht durch die Bezeichnung Burnout verdeckt werden (WHO, 2019).

Burnout in der ICD-11

Die WHO beschreibt Burnout als Syndrom aufgrund von „**chronischem Stress am Arbeitsplatz, der nicht erfolgreich verarbeitet wird**“. Das Syndrom hat laut **ICD-11** drei Dimensionen:

1. ein Gefühl von Erschöpfung,
2. eine zunehmende geistige Distanz oder negative Haltung zum eigenen Job und
3. ein verringertes berufliches Leistungsvermögen.

Zudem weist die **WHO** darauf hin, dass der Begriff Burnout **ausschließlich im beruflichen Zusammenhang und nicht „für Erfahrungen in anderen Lebensbereichen“ verwendet werden sollte**. Bisher war Burnout unter „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ und ohne Verweis auf das berufliche Umfeld in der ICD-10 aufgeführt (Kode Z73.0 „Ausgebranntsein“).

Definition „Burnout“

Im Folgenden wird Burnout als arbeitsbezogenes Phänomen mit den oben beschriebenen Dimensionen verstanden. Körperliche Erschöpfung, Zynismus und vermindertes Wirksamkeitserleben können unterschiedlich stark ausgeprägt sein. Der Verlauf folgt nicht zwingend einer Abfolge von Begeisterung über Frustration bis zur Apathie.

Diese Beschreibung folgt heute dem gängigsten Konzept von Burnout nach Maslach (Maslach und Jackson, 1981; Maslach und Leiter, 2016).

Das von Christina Maslach und Susan E. Jackson entwickelte Maslach Burnout Inventory umfasst verschiedene, zielgruppenspezifische Fassungen. Die Human Services Survey enthält 22 Items zu emotionaler Erschöpfung, Depersonalisation und persönlichem Leistungserleben; die General Survey umfasst 16 Items. Die Ergebnisse beschreiben Dimensionen und ersetzen keine klinische Diagnostik. Verwendete Fassung, Sprache, Auswertungsregeln und Lizenz sind zu beachten. Ein universeller Grenzwert „Burnout ja/nein“ lässt sich daraus nicht ableiten (Mind Garden, o. J.).

Seit 1996 wird das MBI in mehreren spezifischen Versionen eingesetzt, um die Erscheinung des Burnout-Syndroms in unterschiedlichen Berufs- und Tätigkeitsfeldern genauer erfassen zu können.

Maslach Burnout Inventory – Belastungsdimensionen erfassen

> Die Ergebnisse eines Burnout-Fragebogens sind Anlass für Reflexion und gegebenenfalls Beratung. Sie dürfen weder allein zur Diagnose einer Erkrankung noch zur Bewertung beruflicher Eignung verwendet werden. Arbeitsbedingungen und Ressourcen müssen mitbetrachtet werden (Mind Garden, o. J.).

Unterschiede zwischen Stress und Burnout

Stressreaktion	Burnout
Reaktion auf Anforderungen; kann kurzzeitig oder anhaltend sein.	Arbeitsbezogenes Phänomen im Zusammenhang mit chronisch nicht ausreichend bewältigtem Arbeitsstress.
Körperliche, emotionale und kognitive Reaktionen sind möglich.	Erschöpfung, Distanz oder Zynismus zur Arbeit sowie vermindertes berufliches Wirksamkeitserleben.
Aktivierung kann kurzfristig hilfreich oder belastend sein.	Die berufliche Funktion und das Wohlbefinden können deutlich beeinträchtigt sein.
Ist für sich genommen keine Diagnose einer psychischen Erkrankung.	Ist nach ICD-11 keine eigenständige Krankheit; mögliche Erkrankungen werden gesondert abgeklärt.
Depression lässt sich nicht als bloßes Energiesparprogramm erklären.	Depression ist keine notwendige Endstufe und keine bloße Trauer um verlorene Ideale.

Genetische Einflüsse und veränderbare Bedingungen

Eine schwedische Zwillingsstudie mit 20.286 Personen schätzte, dass in dieser Stichprobe etwa 33 % der Unterschiede in erfassten Burnout-Symptomen statistisch mit genetischen Faktoren zusammenhingen. Das bedeutet weder, dass ein Drittel des Burnouts einer einzelnen Person „genetisch verursacht“ ist, noch, dass ihre Entwicklung feststeht. Umweltbedingungen erklärten einen erheblichen Teil der Unterschiede (Blom et al., 2012).

Generationsübergreifende Belastungen können über Beziehungserfahrungen, soziale Lebensbedingungen und weitere Wege wirken. Ein behaupteter starker Anstieg von Burnout lässt sich daraus nicht durch vererbte epigenetische Kriegsfolgen erklären; dafür liefert die genannte Zwillingsstudie keinen Nachweis, und eine transgenerationale epigenetische Vererbung ist beim Menschen nicht gesichert (Horsthemke, 2018).

Genetische Einflüsse bedeuten keine Unveränderbarkeit. Gute Arbeitsbedingungen, soziale Unterstützung und passende Behandlung bei Erkrankungen bleiben sinnvoll.

Eine gezielte Veränderung der DNA-Methylierung als Nachweis oder Wirkweg einer Burnout-Prävention lässt sich aus der bisherigen Forschung nicht ableiten (Bakusic et al., 2017). Praktisch werden die veränderbaren Anforderungen und Ressourcen bearbeitet.

Phasenmodelle: Verlauf und Stadien des Burnouts

Phasenmodelle können typische Erfahrungen anschaulich ordnen. Sie sind heuristische Modelle und keine diagnostisch validierten, von allen Menschen in gleicher Reihenfolge durchlaufenen Stadien.

Die Zahl der vorgeschlagenen Phasen variiert, beispielsweise drei bei Fengler und zwölf bei Freudenberger und North. Die folgenden Modelle dienen als Reflexionshilfe; sie ersetzen weder eine Analyse der Arbeitsbedingungen noch eine fachliche Abklärung.

Phasenmodell nach Freudenberger und North (1992)

1. Der Zwang, sich zu beweisen
2. Verstärkter Einsatz
3. Vernachlässigung eigener Bedürfnisse
4. Verdrängung von Konflikten und Bedürfnissen
5. Umdeutung von Werten
6. Verstärkte Verleugnung der aufgetretenen Probleme
7. Rückzug
8. Beobachtbare Verhaltensänderungen
9. Depersonalisation (Verlust des Gefühls für die eigene Person)
10. Innere Leere
11. Depression
12. Völlige Burnout-Erschöpfung

Phasenmodell nach Fengler (2008): zeitlicher Ablauf der Entwicklung eines Burnout-Syndroms

1. Phase: Überengagement

- Der Beruf wird zum wichtigsten Lebensinhalt, Urlaub „nicht nötig“, Verzicht auf Erholungsphasen
- Begeisterung, Überstunden, heldenhafte Aufopferung
- Anfangs oft Freundlichkeit und Idealismus
- Später Überforderung und Schuldgefühle mit vermehrter Anstrengung

2. Phase: Nichtbeachten eigener Bedürfnisse, Verleugnung von Problemen

- Missachten von Erschöpfungssignalen, Konzentrationsschwäche, Fehler häufen sich
- Nicht mehr abschalten und entspannen können
- Vernachlässigung von Beziehungen, Partnern und Familie
- Statt gesunder Aktivität wie Sport vermehrt Konsum von Alkohol und Schmerzmitteln
- Widerstand und Widerwillen gegen die Arbeit
- Entmutigung, Gleichgültigkeit, Negativismus
- Zynisch-abweisende Grundstimmung
- Depressionen, Erschöpfung, chronische Müdigkeit
- Unfähigkeit, sich zu konzentrieren und zuzuhören

3. Phase: Chronische Müdigkeit und Zunahme von Beschwerden

- Anhaltende physische und psychische Leistungs- und Antriebsschwäche
- Verlust der Fähigkeit, sich zu erholen
- Psychosomatische Symptome wie Schweißausbrüche, Schwindel, Kopfschmerzen, Rückenschmerzen und muskuläre Verspannungen, Magen-Darm- und Herz-Kreislauf-Beschwerden, häufige Erkältungen und andere Krankheiten
- Alkohol-/Schmerzmittelabusus, Tranquilizer und Stimulantienabusus, Suchtgefahr
- Vermeidung von Kontakten, Rückzug, ohne Hilfe nahestehender Menschen anzunehmen
- Versagens- und Schuldgefühle, Depression
- Apathie und Wut
- Sinnlosigkeitsgefühle und Suizidalität

Bei Hinweisen auf Suizidgedanken wird nicht abgewartet: Die Person wird direkt und respektvoll darauf angesprochen, und es wird unmittelbar fachliche Hilfe organisiert (vgl. Modul 3).

Dysfunktionale Bewältigungsstrategien wie Workaholismus u. a. Suchtverhalten sind bei Helfern verbreitet, oft nur tabuisierter oder – wie „grenzenlos arbeiten“ – sozial besonders anerkannt (Huber, 2003).

Risikofaktoren und Ursachen

1. Berufliche Ursachen (personenexterne Belastungsfaktoren)

- Belastungen im Team: Konkurrenz, Neid, Vorurteile, Bürokratie, die Beziehungen und Probleme im Team werden oft belastender erlebt als die Arbeit mit den Klienten.
- Fehlen von klaren Strukturen und Verantwortungen
- Erleben mangelnder Unterstützung in Team/Institution
- Unklare finanzielle Absicherung der Stelle/Institution
- Mangelnde Achtung der Arbeit im Umfeld
- Kein Gestaltungs- und Entscheidungsspielraum
- Mangelnde Berufserfahrung und Ausbildung
- Mangelnde Selbstbestimmung, fehlender Handlungsspielraum, mangelnde Partizipation
- Drohender Arbeitsplatzverlust (befristete Zeitverträge)
- Der Druck durch Kostenträger, die rasche Erfolge sehen möchten, bedeutet ebenfalls oft erheblichen Stress.
- Belastend können zum Beispiel wiederholte Krisen, aggressives Verhalten, kaum verfügbare Hilfeangebote oder widersprüchliche Aufträge sein. Dabei wird konkretes Verhalten im Kontext beschrieben. Eine Depression, Abhängigkeit oder andere Diagnose macht eine Person nicht automatisch zu einem „schwierigen Klienten“. Fallbedarf, Ressourcen und Passung der Unterstützung sind gemeinsam zu prüfen.

2. Gesellschaftliche Ursachen

In der westlichen Welt gilt das Leistungsprinzip: „wer etwas leistet, wird respektiert, anerkannt und wertgeschätzt“. Die Arbeit wird als sinn- und identitätsstiftend angesehen. Lange Ausbildungszeiten müssen sich in Form von Einkommen, Berufsprestige, Karriereaufstieg und

Ansehen „auszahlen“. Auch die Angst vor dem Verlust der Arbeitsstelle, Zunahme von Bürokratisierung, Komplexität und Anonymität etc. spielen eine Rolle.

3. Persönliche Ursachen und Risikofaktoren (personeninterne Belastungsfaktoren)

- Sehr hohe oder unrealistische Veränderungserwartungen können Enttäuschung begünstigen. Engagement und Idealismus sind zugleich wichtige Ressourcen; ein Burnout lässt sich daraus nicht vorhersagen.
- Perfektionismus oder überhöhte Erfolgserwartungen können unter ungünstigen Bedingungen belastend wirken. Pessimismus und Hilflosigkeit sind keine unvermeidliche Folge.
- Biografische Erfahrungen können beeinflussen, wie jemand Verantwortung, Hilfsbedürftigkeit und Grenzen erlebt. Manche Helfende haben früh familiäre Sorgeaufgaben übernommen; dies trifft nicht allgemein auf helfende Berufe zu und begründet keine Eignungsbewertung.
- Eigene unverarbeitete Traumata
- Persönlichkeitszüge wie hohe negative Affektivität bzw. Depressivität (Alarcon et al., 2009) und Bereitschaft zu Schuldübernahme, Neigung zu Zwanghaftigkeit
- „Helfersyndrom“ ist ein Deutungsbegriff, keine eigenständige Diagnose. Als Reflexionsfrage kann dienen: Hängt mein Selbstwert zu stark davon ab, gebraucht zu werden oder Dank zu erhalten? Eine solche Hypothese wird geprüft und nicht einer Person unterstellt.
- Mangelnde Selbstabgrenzung: Übernahme zu großen Verpflichtungen, Unersetzlichkeitsfantasien, nicht Nein sagen können
- Belastungen in Partnerschaft, Familie und Freundeskreis
- Öffentlicher Erwartungsdruck: Eigene Probleme werden leicht als Versagen oder Niederlage erlebt, aus Scham oder Stolz keine Hilfe gesucht.
- Rollen- und Wertekonflikte

4. Besondere Belastungen in der Traumaarbeit

Die wiederholte berufliche Begegnung mit traumatischen Erfahrungen anderer kann belasten. Einfühlung führt jedoch nicht zwangsläufig zu Erschöpfung; Sinn, Unterstützung, Kompetenz und erlebte Wirksamkeit können Ressourcen sein. Sekundärer traumatischer Stress ist von arbeitsbezogenem Burnout zu unterscheiden (NCTSN, 2011). Zusätzliche Belastungen in Traumaberatung und Traumapädagogik:

In intensiven Hilfebeziehungen können starke Gefühle und Handlungsimpulse auftreten, etwa retten zu wollen, sich übermäßig verantwortlich zu fühlen oder sich zurückzuziehen. Das kann mit aktuellen Interaktionen, eigenen Erfahrungen und institutionellen Erwartungen zusammenhängen. Wir prüfen solche Reaktionen ohne sie einer Diagnose des Gegenübers zuzuschreiben. Abgesprochene Erreichbarkeit, transparente Grenzen, kollegiale Beratung und Supervision helfen, die professionelle Rolle zu halten.

Das **Mitempfinden** mit den radikalen inneren Brüchen, dramatischen Affekten und plötzlichen Wechseln von dissoziativen Ich-Zuständen der Klient:innen kann sehr belastend sein. Noch bestehender Täterkontakt kann das Bedrohungsgefühl zusätzlich verstärken.

Fallbeispiel: Ein Therapeut erlaubt einer Klientin mit starkem Bedürfnis nach Zuwendung und Schutz, ihn über Jahre täglich anzurufen. Er fühlt sich zunehmend erschöpft, seine Partnerschaft gerät unter Druck. In Supervision werden Auftrag, persönliche Motive, institutionelle Unterstützung und ein verlässlicher Vertretungs- und Krisenplan geprüft. Körperliche Anspannung der Fachkraft kann ein wichtiges Signal sein. Aus ihr lässt sich jedoch weder eine direkte Übertragung von „Schockphysiologie“ über Spiegelneuronen noch ein bestimmter innerer Zustand der Klientin beweisen.

Begrenzungen werden frühzeitig, respektvoll und mit erreichbaren Alternativen vereinbart. Sie sind mit verlässlicher Unterstützung vereinbar; ein abrupter Rückzug ohne Übergang kann dagegen verunsichern.

Professionelle Nähe und Distanz werden fortlaufend abgestimmt. Dafür braucht es Reflexionszeit, erreichbare Kolleg:innen und tragfähige institutionelle Vereinbarungen; es handelt sich nicht um eine individuell stets fehlerfrei zu bewältigende Aufgabe.

Übertragung und Gegenübertragung: Erklärung und Beispiele

Übertragung bezeichnet in psychodynamischen Modellen, dass frühere Beziehungserwartungen die Wahrnehmung einer aktuellen Beziehung mitprägen können. Gegenübertragung beschreibt Gefühle, Gedanken und Handlungsimpulse der Fachkraft in dieser Beziehung. Diese können auf das aktuelle Geschehen, eigene Erfahrungen und den institutionellen Kontext zurückgehen. Sie sind Reflexionsmaterial, kein Beweis für die Motive oder Vergangenheit des Gegenübers.

- **Übertragung:** Erwartungen und Wünsche
- **Gegenübertragung:** Wahrnehmungsimpuls der Fachkraft

Reflexion bei starkem Empfinden:

1. Starkes Empfinden wahrnehmen
2. Fragen: Hat das etwas mit meiner eigenen Lebensgeschichte zu tun?
3. Eigene Themen: Unterstützung wählen

4. Auch Kontext und Beziehung prüfen
5. Gegenübertragungsimpuls reflektieren, Selbstregulation
6. „Containen“ → traumakompensatorisches Schema

Wichtige Gegenmaßnahmen

- Wahrnehmung benennen (sofern für den Prozess produktiv)
- Externe Rückkopplung (Supervision – fachlicher Austausch – Coaching)
- Verankerung der Ich-Persönlichkeit (Sitzhaltung etc.)

Übertragung und Gegenübertragung – Begriffe und Reflexionsbeispiele

Begriff oder Thema	Einordnung und Beispiele für die Selbstreflexion
Übertragung	Psychodynamischer Begriff für Beziehungserwartungen, Gefühle und Haltungen, die durch frühere Erfahrungen mitgeprägt sein können und in aktuellen Beziehungen wirksam werden. Aktuelle Bedingungen bleiben eigenständig zu prüfen.
Gegenübertragung	Begriff für Reaktionen der Fachkraft in der Beziehung. Sie können mit dem aktuellen Kontakt, eigenen Erfahrungen und institutionellen Bedingungen zusammenhängen. Sie müssen weder ausschließlich komplementär sein noch bedeuten, dass die Fachkraft ihre professionelle Rolle bereits verlassen hat.
Gefühle des Versagens oder der Entwertung	„Was auch immer ich tue, es ist nicht genug; meine Patienten lehnen alles ab, was ich für sie tue.“ – „Ich bin als Berater gescheitert; ich bin ein genauso hoffnungsloser Fall wie meine Patienten, ich schäme mich.“
Erschöpfung oder Distanzierung	„Ich ertrage es nicht, noch mehr zu hören; ich erschrecke über meine eigene Abstumpfung.“ – „Ich kann diese Patientin nicht ertragen; sie ist ein hoffnungsloser Fall. Ich fühle mich gefangen.“
Überverantwortung und Sonderbehandlung	„Die Klientin hat so viel gelitten, ich muss ihr helfen; ich werde für sie mehr tun als nötig, denn sie ist ein besonderer Fall.“ – „Insgeheim glaube ich, dass ich die Klientin gesund lieben kann.“
Isolation und Ausschluss fachlicher Rückmeldung	„Keiner meiner Kollegen versteht den Fall so gut wie ich, sodass ich in der Supervision auch nicht darüber reden kann.“
Grenzen der Erreichbarkeit	„In dieser speziellen Situation kann ich meine private Telefonnummer herausgeben, denn niemand außer mir versteht meine Patientin oder kann ihr helfen.“ Erreichbarkeit und Krisenwege benötigen klare, abgestimmte Grenzen.
Ärger und Zuschreibungen	„Der Klient ist so fordernd, er raubt mir meine ganze Zeit und Energie; er übernimmt keine Verantwortung für sich selbst.“ – „Die Klientin ist es mir schuldig, sich zu verändern.“

Begriff oder Thema	Einordnung und Beispiele für die Selbstreflexion
Idealisierung	„Es ist absolut faszinierend, mit diesem Klienten zu arbeiten; er ist stark, talentiert, kreativ …“ Auch positive Reaktionen werden im Hinblick auf Auftrag und Grenzen reflektiert.
Hilflosigkeit und eigene Betroffenheit	„Ich fühle mich als ohnmächtige Zeugin der Qualen der Klientin.“ – „Ich fühle mich als Opfer der Klientin.“ Das ursprüngliche Bild benennt hierzu ein Täter-Retter-Muster; dies ist eine Reflexionshypothese, keine Feststellung über die Person.
Abwertende Deutungen und Übersehen von Gefahr	„Ich fühle mich durch die aggressive Opferhaltung angegriffen.“ – „Ich glaube nicht an den Täterkontakt oder frage gar nicht nach.“ Diese problematischen Gedanken dienen der Selbstprüfung; sie rechtfertigen weder Abwertung noch das Übergehen aktueller Gefährdung.
Impulse zu Zerstörung oder Machtmissbrauch	Das Original benennt auch die Möglichkeit, dass die Fachkraft sich als Täter erlebt oder entsprechend handelt. Solche Impulse oder Handlungen erfordern unverzügliche fachliche Klärung, Schutz und die institutionellen Meldewege; Gegenübertragung entschuldigt keine Grenzverletzung.

Die Ich-Sätze sind aus der ursprünglichen WZPP-Anlage übernommene Beispiele möglicher problematischer Gedanken und Handlungsimpulse. Sie sind keine zutreffenden Beschreibungen der Klient:innen und keine Handlungsanweisungen. Reflexion, fachliche Rücksprache, Supervision und sichere institutionelle Bedingungen dienen der professionellen Bearbeitung (DeGPT/FVTP, 2025; siehe dieses Modul).

5. Sekundäre Traumatisierung

Sekundärer traumatischer Stress bezeichnet traumaähnliche Belastungsreaktionen nach der indirekten beruflichen Begegnung mit traumatischen Erfahrungen anderer. Mögliche Zeichen sind aufdrängende Bilder, Vermeidung, Übererregung und verändertes Sicherheitserleben. Eigene frühere Traumatisierung ist keine Voraussetzung (NCTSN, 2011).

Eine PTBS-Diagnose ergibt sich daraus nicht automatisch. Wiederholte oder extreme berufliche Konfrontation mit aversiven Details kann im DSM-5-TR ein Trauma-Kriterium erfüllen; zusätzlich müssen alle diagnostischen Voraussetzungen fachlich geprüft werden. Belastung darf auch ohne erfüllte Diagnose ernst genommen werden (DeGPT, 2026).

Burnout bezieht sich auf den Arbeitskontext und kann ohne Konfrontation mit Traumaberichten entstehen. „Compassion fatigue“ (Figley, 1995) wird uneinheitlich verwendet, teils als Oberbegriff für Erschöpfung und sekundären Stress. Der Begriff sollte deshalb erklärt werden, bevor Fragebogenergebnisse verglichen werden (NCTSN, 2011).

„Vicarious traumatization“ (McCann und Pearlman, 1990) betont längerfristige Veränderungen eigener Grundannahmen, etwa über Vertrauen, Sicherheit und Gerechtigkeit, durch die Arbeit mit traumatisierten Menschen. Es handelt sich um ein fachliches Konzept, nicht um ein wörtliches Übernehmen der Symptome einer bestimmten Person (NCTSN, 2011).

Belastungsrisiken werden auf mehreren Ebenen geprüft: Art und Umfang der Exposition, eigene aktuelle Belastung, Fallzahl, Gewalt- oder Bedrohungserfahrungen, Teamklima, Erholung und erreichbare Unterstützung. Nähe oder Distanz allein erklären die Reaktion nicht.

Eigene Belastungserfahrungen können Reaktionen mitprägen; sie führen weder zwangsläufig zu sekundärem Stress noch machen sie eine Person beruflich ungeeignet. Biografische Reflexion bleibt freiwillig. Eigene Bewältigungswege werden nicht als allgemeingültige Lösung auf Klient:innen übertragen. Bei anhaltenden Beschwerden werden vertrauliche Beratung und gegebenenfalls Behandlung ermöglicht.

Wichtige Risiken für Burnout und sekundäre Traumatisierung

- Überidentifikation und Mitleiden statt Mitgefühl (empathischer Stress; Singer und Klimecki, 2014)
- Zu viel übernehmen, was die Klientin selbst könnte, mangelnde Abgrenzung
- Viel negative Übertragung und Entwertung aushalten müssen
- Misserfolge, Rückschläge
- Resonanz wahrnehmen: Eigene Bilder, Gefühle, Körperanspannung und Handlungsimpulse können sich im Kontakt verändern. Sie werden als eigene Reaktion beobachtet und im Kontext geprüft; ein spezifischer Spiegelneuronen-Mechanismus lässt sich daraus nicht ableiten.
- Bereitschaft zu Schuldübernahme, „nie genug“ → „ich kann noch mehr machen“
- Eigene Traumata werden reaktiviert
- Belastend wirken auch Unverständnis, Entwertung oder Pathologisierung durch Kolleg:innen.

Eine Metaanalyse fand für eigene Traumaerfahrungen, einen hohen Anteil traumatisierter Klient:innen und eine hohe Fallbelastung jeweils kleine Zusammenhänge mit sekundärem

traumatischem Stress. Soziale Unterstützung privat und im Team wirkte schützend (Hensel et al., 2015).

Ein ressourcenorientierter Lichtblick

Die Arbeit mit belasteten Menschen kann Sinn, Verbundenheit und persönliche Entwicklung ermöglichen. Wachstum ist jedoch weder Pflicht noch ein Zeichen gelungener Traumaverarbeitung. Beschrieben werden „stellvertretende Resilienz“ (Hernández et al., 2007) und stellvertretendes posttraumatisches Wachstum (Arnold et al., 2005). Manche Fachkräfte erleben beispielsweise folgende stärkende Erfahrungen:

- eine Weiterentwicklung der eigenen Persönlichkeit,
- mehr Dankbarkeit für Gutes im eigenen Leben,
- Gefühle spiritueller Verbundenheit und Tiefe,
- Hoffnung und Respekt vor den Ressourcen, der Überlebenskraft und Kreativität ihrer Klienten.
- **Und sie erleben die Ressourcensicht, imaginative Übungen und die Innere-Kind-Arbeit für sich selbst als bereichernd und heilsam** (Reddemann, 2004; Huber, 2003).

6. Burnout-Prävention: Ansatzpunkte und Modelle

Präventionsmodelle beschreiben Maßnahmen, die der Entstehung eines Burnouts vorbeugen oder seine Auswirkungen verringern sollen.

Burnout hat mehrere Einflussfaktoren. Prävention verbindet die Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen mit individuell passenden Ressourcen. Liegt eine psychische oder körperliche Erkrankung vor, braucht sie eine eigene fachliche Behandlung (WHO, 2022).

Die individuumzentrierten Behandlungsmethoden und Präventionsmaßnahmen beinhalten Strategien, die den Einzelnen befähigen sollen, seine individuellen und sozialen Ressourcen zu nutzen und zu stärken, um stressresistenter zu werden und damit das Burnout Risiko zu senken.

Die organisationspsychologischen Konzepte umfassen diejenigen Maßnahmen und Strategien, die auf eine Verbesserung der konkreten Arbeitsbedingungen in der Organisation abzielen und externe Stressfaktoren verringern bzw. soziale Unterstützung verstärken sollen.

Hauptansatzpunkte:

- Externe Stressoren beseitigen
- Den Umgang mit Stressoren verändern

Zur Wirksamkeit: Metaanalysen zu Interventionen für Ärztinnen und Ärzte fanden für individuelle wie für organisationsbezogene Maßnahmen bedeutsame, insgesamt aber eher kleine Verbesserungen (West et al., 2016). In einer weiteren Metaanalyse wirkten organisationsbezogene Maßnahmen stärker als rein individuelle (Panagioti et al., 2017). Die WHO empfiehlt, beides zu verbinden (WHO, 2022).

Die vier E nach Tischinger

1. Erkennen

Warnsignale erkennen / Stressfaktoren benennen

2. Entlasten

Belastungsfelder unterscheiden: familiäre und gesellschaftliche sowie berufliche Belastungsfelder; daraus ergibt sich das individuelle Risikoprofil.

Ein wichtiger Schutzfaktor gegen beruflichen Stress ist soziale Unterstützung durch Kolleg:innen, Vorgesetzte und das private Umfeld (Halbesleben, 2006; Aronsson et al., 2017).

Was heißt Entlasten?

- Reduktion / Ausschalten von Stressoren
- Unterstützung in Anspruch nehmen
- Distanz schaffen / Grenzen schaffen
- Raus aus der Negativspirale → Freudvolle Dinge erleben

3. Erholen

- „Einstimmen“ bzw. meditieren, 10 Minuten nichts tun → positive Haltung

- „Missstimmung“ → negative Haltung

Entspannungsverfahren und Meditation

- Lob der Pause
- Lernen Maß zu halten
- Körperliche Bewegung
- Ressourcen aufbauen bzw. wiederentdecken

4. Ernüchtern

Antreiber → negative Kognitionen, bedingtes Selbstwertgefühl

- Abgrenzung gegenüber überzogenen Forderungen
- Perfektionismus / Idealismus begrenzen
- Eigenbedürfnisse situationsübergreifend durchsetzen
- Einstellung und Verhalten ändern

Stressregulation durch Meditation und Achtsamkeit

Hölzel und Kolleg:innen untersuchten 2011 Veränderungen nach einem achtwöchigen MBSR-Kurs mittels Magnetresonanztomografie. Die kleine Studie umfasste 16 Teilnehmende und 17 Personen in einer Wartekontrollgruppe. Sie war keine randomisierte Prüfung einer Burnout-Prävention (Hölzel et al., 2011).

In dieser Studie wurden nach acht Wochen Gruppenunterschiede in der regionalen Dichte grauer Substanz beobachtet. Kleine, nicht randomisierte Bildgebungsstudien erlauben keine sichere Aussage über Ursache, individuelle klinische Bedeutung oder dauerhafte „Heilung“ des Gehirns (Hölzel et al., 2011).

Eine größere Auswertung zweier randomisierter Studien mit über 200 Personen fand nach MBSR im Vergleich zu einer aktiven Kontrollbedingung und einer Wartegruppe keine strukturellen Hirnveränderungen (Kral et al., 2022).

Atem, Bewegung oder äußere Wahrnehmung als Aufmerksamkeitsanker

Der Atem kann ein Aufmerksamkeitsanker sein. Natürliches Atmen genügt; tiefes oder besonders langsames Atmen ist keine Pflicht. Bei Schwindel, Panik oder Dissoziation wird unterbrochen und auf einen äußeren Anker, offene Augen oder Bewegung gewechselt.

Jeder Meditierende merkt allerdings, dass **Gedanken und Gefühle die Konzentration immer wieder stören**, „auch nach jahrelanger Übung“, weiß der Psychiatrieprofessor und Autor Daniel J. Siegel (Los Angeles; vgl. Siegel, 2007).

Wichtig sei darum, während der Meditation eine Form von „**beobachtender Distanz**“ zu seinen Gedanken, Emotionen und Wahrnehmungen einzunehmen: „Wenn wir nicht von Gedanken und Gefühlen übermannt werden, wird uns die eigene Innenwelt klarer, und wir werden zugleich aufnahmefähiger für die Innenwelt anderer.“

Das ist wichtig für das soziale Miteinander, urteilt auch Autor Daniel Goleman („EQ. Emotionale Intelligenz“; Goleman, 1996). **Selbstwahrnehmung** und **Empathie** sind aus seiner Sicht wesentlich für ein erfolgreiches und geglücktes Leben: „Wenn wir nicht auf unsere eigene Erfahrungswelt eingestimmt sind, fällt es uns umso schwerer, uns bei anderen darauf einzustimmen“.

Meditationsforschung: Ergebnisse und Grenzen

Meditation wird unter anderem in Psychologie, Medizin und Neurowissenschaften untersucht.

Entscheidend sind nachvollziehbare Fragestellungen, geeignete Vergleichsgruppen, erfasste Nebenwirkungen und die klinische Bedeutung der Ergebnisse. Ein Kongressbericht oder eine Hirnabbildung allein belegt keine Behandlungseffektivität.

Die Forschung umfasst unterschiedliche Programme, Zielgruppen und Vergleichsbedingungen. Ihre Ergebnisse dürfen nicht pauschal auf jede Meditation oder auf alle Beschwerden übertragen werden.

Auch unerwünschte Erfahrungen wie Angst, belastende Erinnerungen oder Dissoziation können auftreten. Freiwilligkeit, Dosierung, Anleitung und die Möglichkeit zum Abbruch gehören deshalb zum Angebot (Britton et al., 2021). In einer Übersichtsarbeit berichteten etwa 8 % der Meditierenden unerwünschte Wirkungen, vor allem Angst und depressive Symptome (Farias et al., 2020).

Mögliche Wirkungen und Grenzen:

- Meditation kann die bewusste Steuerung von Aufmerksamkeit und Konzentration unterstützen.
- Meditation wird im Zusammenhang mit Stressregulation und körperlichen Prozessen untersucht. Ein allgemeiner Nachweis zellulärer „Selbstheilung“ ergibt sich daraus nicht.
- Das subjektive Befinden kann sich verbessern; Nutzen und mögliche Belastungen unterscheiden sich jedoch zwischen Personen und Programmen.
- Meditation kann bei bestimmten Beschwerden ergänzend erwogen werden. Medizinische Diagnostik und indizierte Behandlung bleiben notwendig.

Meditation kann mit Entspannung einhergehen, muss es aber nicht. In Achtsamkeitsübungen geht es zunächst um die bewusste Wahrnehmung der aktuellen Erfahrung, ohne Entspannung als Leistung zu verlangen.

> Individuelle Übungen können Stressbewältigung unterstützen. Ob sie im jeweiligen Arbeitsfeld helfen, wird gemeinsam geprüft; ungünstige Personalbesetzung, fehlende Pausen oder Gewalt am Arbeitsplatz lassen sich dadurch nicht ausreichend verändern.

MBSR – Mindfulness-Based Stress Reduction

MBSR bedeutet „Mindfulness-Based Stress Reduction“, auf Achtsamkeit basierende Stressreduktion. Das strukturierte Programm kann für einige Menschen hilfreich sein. Nutzen, Belastbarkeit und mögliche unerwünschte Wirkungen werden individuell geprüft; es ersetzt weder notwendige Behandlung noch Veränderungen schädlicher Arbeitsbedingungen (WHO, 2022; Britton et al., 2021).

Entwickelt wurde MBSR von dem US-amerikanischen Molekularbiologen und Verhaltensmediziner Jon Kabat-Zinn, der 1979 die Stress Reduction Clinic an der University of Massachusetts Medical School gründete (Kabat-Zinn, 1982).

MBSR wird standardmäßig als achtwöchiger Gruppenkurs mit wöchentlichen Sitzungen von etwa zweieinhalb Stunden und einem ganztägigen Übungstag in Stille, meist zwischen der sechsten und siebten Woche, durchgeführt. Vorgesehen ist eine tägliche formelle Übungspraxis

von etwa 45 Minuten. Der Kurs erfordert Eigeninitiative der Teilnehmenden; das Geübte soll in den Alltag übertragen werden.

Das Programm enthält folgende Übungselemente:

- die Einübung achtsamer Körperwahrnehmung *(Body-Scan)*
- das sanfte und achtsame Ausführen einer Anzahl von „Yogastellungen“ *(Asana)*
- das Kennenlernen und Einüben des „Stillen Sitzens“, der sogenannten Sitzmeditation *(Zazen)*
- das achtsame *Ausführen langsamer Bewegungen*, etwa in der Form der traditionellen „Gehmeditation“ *(Kinhin)*
- eine dreiminütige Achtsamkeitsübung *(„3-Minuten-Atemraum“, ursprünglich aus der achtsamkeitsbasierten kognitiven Therapie MBCT; Segal et al., 2013)*
- die *Aufrechterhaltung der Achtsamkeit auch bei alltäglichen Verrichtungen*.

Achtsamkeit: Die Übungen der achtsamen Körperwahrnehmung wurden aus körpertherapeutischen und körperpsychotherapeutischen Methoden abgeleitet; Yoga steht in der hinduistischen Tradition, die Sitzmeditation und Gehmeditation sind der buddhistischen Meditationspraxis (Zazen und Vipassana) entliehen. Bei allen Übungen steht das nicht-wertende Annehmen dessen im Vordergrund, **was gerade im Augenblick wahrnehmbar ist**.

- Das können Körperempfindungen (z. B. Druck, Kribbeln), Gefühle (Angenehmsein, Unangenehmsein), Emotionen (z. B. Angst, Trauer), Stimmungen, Sinneswahrnehmungen oder Gedanken sein.

Die Evidenz hängt von Indikation, Programm und Vergleichsbehandlung ab. Positive Ergebnisse für Stress oder bestimmte Angstbeschwerden erlauben keine allgemeine Aussage, MBSR behandle alle aufgezählten körperlichen und psychischen Erkrankungen. Bei einer PTBS bleibt die leitliniengerechte traumafokussierte Psychotherapie vorrangig (DeGPT, 2026).

Ein randomisierter Versuch mit 276 Erwachsenen mit Angststörungen verglich ein standardisiertes achtwöchiges MBSR-Programm mit Escitalopram. Auf dem primären Angstschwere-Maß war MBSR nach acht Wochen innerhalb der vorab festgelegten Grenze nicht unterlegen. Das Ergebnis gilt für diese Studie und Indikation; es belegt keine Gleichwertigkeit bei PTBS oder Burnout und ist keine Aufforderung, verordnete Medikamente selbst abzusetzen (Hoge et al., 2023).

Präventionsmodelle

Zwei Beispiele zum individuumzentrierten Ansatz:

Das Modell nach M. Tischinger

Das Burnout-Dreieck

Emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und Leistungsabnahme bilden – entsprechend den drei Burnout-Dimensionen nach Maslach – die drei Ecken des Burnout-Dreiecks. Ihnen werden drei Lebensthemen gegenübergestellt:

Lebensthema	Reflexionsfrage
Sinn/Ziel	Was ist mir wichtig?

Lebensthema	Reflexionsfrage
Identität	Wer bin ich?
Beziehung	Wer ist mir wichtig?

Die ursprüngliche Darstellung nennt als mögliche Belastungsbegriffe Unsicherheit, emotionale Erschöpfung, Entfremdung beziehungsweise Depersonalisation und Leistungsschwäche. Sie dienen hier der Reflexion; daraus wird keine feste diagnostische Zuordnung zu einem Lebensthema abgeleitet.

Das 12-Stufen-Modell der Burnout-Prävention nach T. Bergner

Je ein Beispiel zu den Bereichen I, II und III:

1. Worauf ich bauen kann? Bsp. **Resilienztest / Ressourcen**
2. Was ich verbessern sollte? Bsp. **souveräner Umgang mit der Zeit**
3. Worum es in meinem Leben geht? Bsp. **Eigene Rolle definieren**

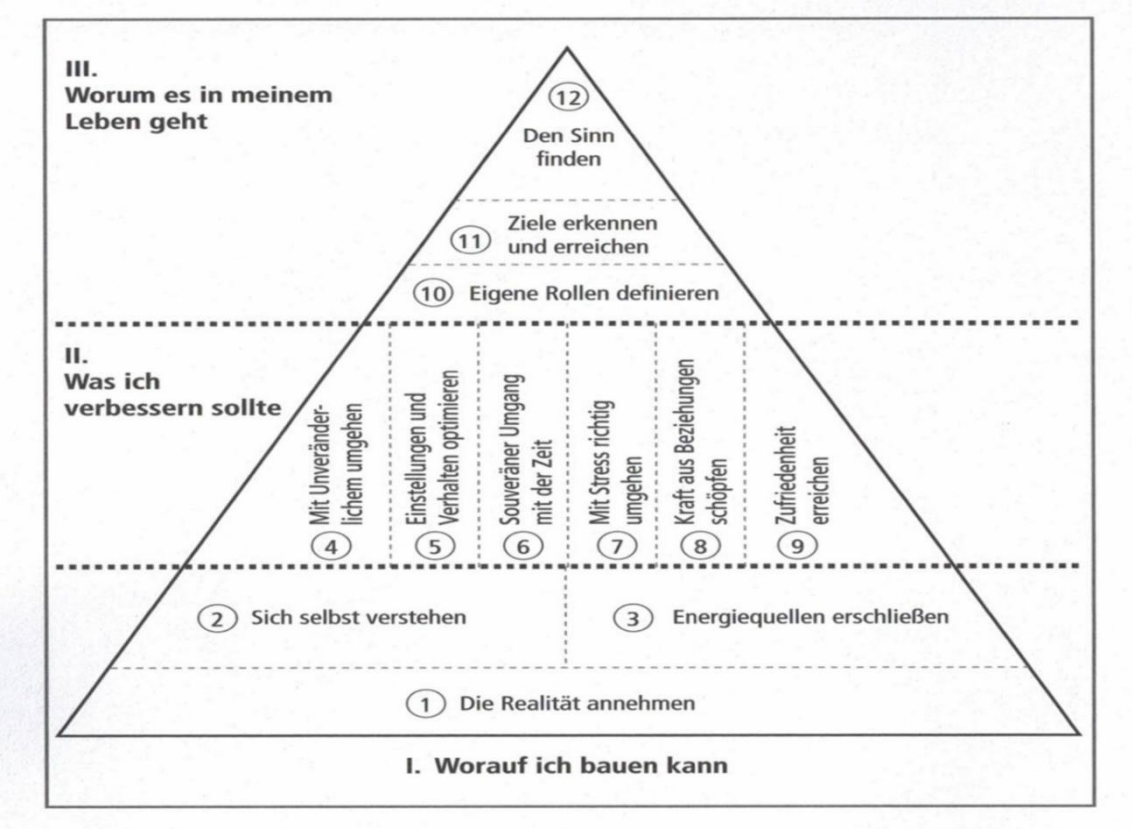

Abbildung: Das 12-Stufen-Modell der Burnout-Prävention (nach Bergner, 2016)

Die zwölf zentralen Wege der Burnout-Prävention

- **Stufe 1 – „Die Realität annehmen“:** Innerliche Auseinandersetzung: Habe ich schon Burnout? Und wenn ja – wie weit ist sie fortgeschritten?
- **Stufe 2 – „Sich selbst verstehen“:** Eigene Signale und Bedingungen besser verstehen. Selbstwahrnehmung kann helfen, Belastungen früh zu erkennen; auch achtsame Menschen können unter anhaltend ungünstigen Bedingungen erkranken oder ausbrennen. Reflektiert

werden deshalb sowohl persönliche Reaktionen als auch veränderbare Anforderungen und Unterstützungsangebote.

- **Stufe 3 – „Energiequellen erschließen“:** Rucksack voller Probleme → auch Ressourcen erschließen!
- **Stufe 4 – „Mit Unveränderlichem umgehen“:** Erfolgreicher Umgang mit scheinbar unerträglichen Situationen, Situationstoleranz entwickeln (aber auch: Erwartungshaltung anderer bzw. eigener, Selbstvorwürfe, Vorwürfe an andere)
- **Stufe 5 – „Einstellungen und Verhalten optimieren“:** weg vom Gefühl: Ich kann nichts selbst bestimmen → hin zum Gefühl: Wichtiges wieder selbst zu bestimmen.
- **Stufe 6 – „Souveräner Umgang mit der Zeit“:** Zeitdruck – Termindruck / Zeitmanagement – Terminmanagement → souveräner Umgang mit der Zeit
- **Stufe 7 – „Mit Stress richtig umgehen“:** Anti- und Sympathie zu uns selbst in Einklang zu bringen / Self-Balance bzw. Work-Life-Balance → Ausgeglichenheit
- **Stufe 8 – „Kraft aus Beziehungen schöpfen“:** Beziehungen beleben und auch zulassen.
- **Stufe 9 – „Zufriedenheit erreichen“:** Persönliche Zufriedenheit steigern – das Innere wahrnehmen und das daraus entstehende Selbstbild mit dem Außen in Gleichklang zu bringen / Authentizität → Dinge tun die Spaß machen, Sport, Bewegung etc. aber niemals dabei: Leistungsdruck.
- **Stufe 10 – „Eigene Rollen definieren“:** Seine eigenen erwünschten Rollen zu erkennen und auch einzunehmen.
- **Stufe 11 – „Ziele erkennen und erreichen“:** die wirklichen inneren Ziele erkennen und wie man sich diesem Ziel nähern kann.
- **Stufe 12 – „Den Sinn finden“:** Sinnannäherung – nach dem Sinn des eigenen Lebens fragen.

Zielbereiche (zu Stufe 11)

Viele Menschen haben Schwierigkeiten, ihre Ziele zu benennen. Da hilft es manchmal die Ziele in verschiedene Bereiche zu untergliedern:

Persönlich

- Was ich erleben, entdecken möchte
- Wohin ich mich entwickeln möchte
- Was mir persönlich wichtig ist und mehr Beachtung verdient
- Wofür ich mich engagieren möchte

Beruf

- Welche Aufgaben ich übernehmen möchte
- Welche Projekte mich reizen
- Wohin mich meine Karriere führen soll
- Worauf oder auf wen ich Einfluss nehmen möchte
- Wie viel ich verdienen möchte
- Welche Sicherheit mir mein Beruf geben soll

Familie

- Mit welchem Partner ich wo und wie leben will
- Ob ich mir Kinder wünsche
- Wie ich mein Verhältnis zu meinen Eltern gestalten werde
- Wie ich mein Verhältnis zu meinen Geschwistern gestalten werde

Kontakte

- Welche Freundschaften ich pflegen möchte
- Wohin es mich zieht – und wie ich dahin komme

Arbeit mit eigenen Zielen

Grundregeln:

- Wähle nicht mehr als 3 bis 5 Ziele. Es gilt: **Wer sich zu viel vornimmt, wird das meiste eher nicht erreichen.** Definiere dabei immer den ersten Schritt und besser auch gleich den Zweiten.
- Formuliere dein Ziel nicht in der Zukunftsform, sondern als bestehende Tatsache, als wäre es bereits erfüllt. Jedes Ziel wird in der Gegenwart formuliert.
- Ergänzend hilfreich: das gewünschte Ergebnis mit möglichen inneren Hindernissen vergleichen und Wenn-dann-Pläne formulieren („Wenn Situation X eintritt, dann tue ich Y“; Gollwitzer, 1999; Oettingen, 2015).

Sprachregeln und Umsetzung:

- Machbar, realistisch und konkret
- Positiv formuliert, zumindest nicht negativ
- Terminiert und zeitlich fixiert, d. h. mit klarer Zeitangabe
- Mit einem klaren Zielbild versehen
- Messbar
- Die Formulierung beginnt oft mit „Ich“

Inhalte:

- Sinnvoll, tatsächlich erreichbar
- Nur so detailliert wie nötig
- Weitgehend ohne Zielkonflikte

7. Unterstützung durch Team und Institution

Was Helfenden in Beratung und Therapie hilft

Fallbelastung und Aufgabenmix gemeinsam prüfen: Hohe Komplexität, wiederholte Krisen und die Konfrontation mit Gewaltberichten erfordern ausreichende Ressourcen. Wo ein Wechsel der Klientel nicht möglich ist, muss die Leitung Entlastung, Vertretung, Erholung und fachliche Unterstützung organisieren.

Regelmäßige Super- und Intervision ist obligat. **Eine Intervisionsgruppe sollte möglichst aus vertrauten, ähnlich arbeitenden Kolleginnen bestehen**, denen man sich auch in der eigenen inneren Not, Verstrickung, Ohnmacht, Trauer und Schwäche, den Gefühlen von Versagen und Inkompetenz und der eigenen Bedürftigkeit nach Trost und Zuspruch zeigen kann, ohne entwertet oder rivalisierend infrage gestellt zu werden (Huber, 2003).

Wichtig sind zudem eine **gute Ausbildung** und **hilfreiche Theorien** sowie **regelmäßige weitere Fortbildungen** zur Stärkung der beruflichen Kompetenz. Sowohl für Teams wie für jede einzelne Beraterin wirken **Struktur, ein klarer Rahmen und die Wahrung von Grenzen** hilfreich.

Ein **gutes Teamklima, Kontakt und Unterstützung im Kollegenkreis** sind Gold wert. Dazugehören eine **aktive Gestaltung des Betriebsklimas und besonders eine Haltung gegenseitiger Wertschätzung auch bei Misserfolgen**.

Diese erlaubt auch, die Grenzen der eigenen Belastbarkeit rechtzeitig zu signalisieren.

Wer durch eigene Erfahrungen aktuell belastet ist, kann vertrauliche Beratung oder geeignete Behandlung in Anspruch nehmen. Eine persönliche Traumageschichte muss weder der Gruppe noch der Leitung offengelegt werden.

Sehr entlastend und burnout-prophylaktisch wirkt zudem eine durchgehend **ressourcenorientierte Sicht und von den Klienten so viel Eigenverantwortung wie möglich einzufordern**.

Die Fachkraft klärt mit der begleiteten Person, welche Entscheidungen und Aufgaben diese selbst übernehmen möchte und kann und wo verlässlich Unterstützung nötig ist. Der Unterstützungsbedarf richtet sich unter anderem nach Alter, Situation und Beeinträchtigung; er wird nicht an einem Vergleich der geleisteten Arbeitsmenge festgemacht.

Berater/Therapeuten sollten zudem **nicht auf rasche Erfolge angewiesen sein** und deren Ausbleiben nicht als persönliches Versagen und narzisstische Kränkung erleben.

Sicherheit gemeinsam herstellen: Person, Fachkraft und Institution

Selbstfürsorge braucht Bedingungen, unter denen sie möglich ist. Das DeGPT/FVTP-Curriculum betrachtet die Triade aus begleiteter Person, Fachkraft und Institution. Alle drei Perspektiven werden in die Hilfeplanung aufgenommen: Was fördert die Sicherheit und Beteiligung der Person? Welche fachliche Unterstützung und Entlastung benötigt die Fachkraft? Welche Entscheidungen und Ressourcen muss die Institution bereitstellen? Überforderung einer Seite wird nicht dadurch gelöst, dass eine andere Seite dauerhaft ihre Grenzen überschreitet (DeGPT/FVTP, 2025).

In Deutschland muss der Arbeitgeber arbeitsbezogene Gefährdungen beurteilen und erforderliche Schutzmaßnahmen bestimmen; § 5 ArbSchG nennt ausdrücklich psychische Belastungen bei der Arbeit. Dabei werden Arbeitsbedingungen untersucht, nicht die vermeintliche psychische Belastbarkeit einzelner Beschäftigter. Die WHO-Leitlinie zur psychischen Gesundheit bei der Arbeit empfiehlt, organisatorische Maßnahmen gemeinsam mit Beschäftigten zu entwickeln und mit geeigneter Führungs- und Unterstützungsarbeit zu verbinden (ArbSchG § 5; WHO, 2022).

Arbeitsblatt: Ressourcen, Strukturen und Abläufe prüfen

Wählen Sie ein konkretes Arbeitsfeld und einen typischen Ablauf, beispielsweise die Aufnahme in eine Wohngruppe, einen Pflegetermin oder die erste Beratung. Sammeln Sie zu den folgenden Bereichen je eine vorhandene Stärke, eine überprüfbare Lücke, eine zuständige Person und einen nächsten Schritt. Als Beleg dienen Beobachtungen, vorhandene Regelungen und Rückmeldungen von Nutzer:innen und Beschäftigten. Persönliche Gesundheitsdaten sind dafür nicht erforderlich.

- **Administrative Unterstützung:** Sind Auftrag, Stellenumfang, Erreichbarkeit, Vertretung und Entscheidungskompetenzen eindeutig? Gibt es Zeit für Dokumentation, Übergaben und Pausen? Sind Sprachmittlung, barrierearme Information, sichere Räume und nötige Sachmittel erreichbar?
- **Fachliche Unterstützung:** Sind Einarbeitung, regelmäßige Fortbildung, Fallberatung und qualifizierte Supervision vorgesehen? Gibt es einen verständlichen Krisenplan mit erreichbaren Kontakten und eine verlässliche Zusammenarbeit mit Medizin, Psychotherapie, Jugendhilfe und spezialisierten Beratungsstellen?
- **Emotionale Unterstützung:** Können Beschäftigte Unsicherheit, Fehler und Überlastung ansprechen, ohne abgewertet zu werden? Sind nach belastenden Ereignissen Entlastung, vertrauliche Beratung, Begleitung und bei Bedarf eine vorübergehende Anpassung der Aufgaben möglich?
- **Sicherheit und Beteiligung der begleiteten Menschen:** Sind Regeln vorhersehbar und verständlich? Gibt es Wahlmöglichkeiten, Privatsphäre, zugängliche Beschwerdewege und Schutz vor Gewalt, Diskriminierung und dem Verlust wichtiger Beziehungen? Werden Beschwerden auch dann ernst genommen, wenn sie das Verhalten von Mitarbeitenden betreffen?
- **Sicherheit der Fachkräfte:** Sind Risiken bei Alleinarbeit, Hausbesuchen, Schichtdiensten und Krisen bekannt? Sind Rückruf- und Unterstützungssysteme, sichere Ausgänge, klare Grenzen und ein abgestimmtes Vorgehen bei Bedrohung vorhanden? Sicherheitsmaßnahmen dürfen die Rechte der begleiteten Personen nicht pauschal außer Kraft setzen.

Unterscheiden Sie Strukturqualität und Prozessqualität: Ein vorhandener Krisenplan ist eine Struktur; ob in einer konkreten Krise die zuständige Person erreicht wird, ist eine Prozessfrage. Vereinbaren Sie für eine ausgewählte Lücke einen überprüfbaren Schritt, zum Beispiel: „Bis zum nächsten Teamtermin wird die Erreichbarkeit außerhalb der Kernzeit in einem fiktiven Szenario getestet.“ Nach vier Wochen prüfen Beteiligte gemeinsam Nutzen und unerwünschte Folgen.

Gewaltschutz, Dokumentation und Nachbereitung

Ein institutionelles Schutzkonzept beschreibt Werte und Verhaltensregeln, Risikoanalyse, Prävention, Beteiligung und Beschwerde, Meldewege, sofortige Intervention, Unterstützung

Betroffener sowie die Aufarbeitung von Vorfällen. Es umfasst Gewalt durch Klient:innen, Mitarbeitende, Leitung, Angehörige oder andere Beteiligte. Ein Instrument wie der Bündner Standard kann bei der strukturierten Erfassung und Bearbeitung von Grenzverletzungen unterstützen. Es wird auf Arbeitsfeld, Zielgruppe und geltendes Recht angepasst; ein Deeskalationstraining allein ersetzt kein Schutzkonzept (Stiftung Bündner Standard, o. J.).

Nach einem Vorfall steht zuerst der aktuelle Schutz: Abstand und Hilfe organisieren, Verletzungen versorgen lassen, gefährdete Personen begleiten und den festgelegten Krisenweg auslösen. Die Person wird verständlich darüber informiert, welche Schritte folgen. Bei Verdacht gegen die unmittelbare Leitung muss ein davon unabhängiger Meldeweg erreichbar sein. Kinderschutz und akute Gefahrenabwehr folgen den in Modul 3 beschriebenen gesetzlichen und institutionellen Verfahren.

Dokumentieren Sie zeitnah und sachlich: Datum, Uhrzeit, Ort, beteiligte Rollen, unmittelbar Beobachtetes, wörtliche spontane Aussagen mit Kontext, erkennbare Verletzungen oder Beeinträchtigungen, Schutzmaßnahmen, informierte Stellen, getroffene Vereinbarungen und Verantwortliche. Eigene Deutungen werden als solche kenntlich gemacht. Es werden nur erforderliche Daten erhoben und im freigegebenen, zugriffsgeschützten System abgelegt. Ein Arbeitsblatt für den Kurs enthält keine identifizierbaren Falldaten. Dokumentation dient Schutz und Nachvollziehbarkeit, nicht dem eigenständigen Ermitteln einer Straftat.

Die Nachbereitung findet auf zwei Ebenen statt. Die betroffene Person erhält eine vertrauliche, freiwillige Gelegenheit, Bedarf und Wünsche zu benennen; Mitarbeitende erhalten Entlastung und Unterstützung. Daneben prüft die Organisation ihren Ablauf: Welche Bedingung hat die Gefährdung begünstigt, was hat geschützt, was wird bis wann verändert? Eine verpflichtende emotionale Detailerzählung aller Beteiligten ist keine geeignete Standardmaßnahme. Traumafokussierte Einzelinterventionen oder psychologisches Debriefing werden nicht als routinemäßige Teamsitzung durchgeführt (DeGPT, 2026).

Fallübung: Die Triade arbeitsfähig machen

Fiktive Situation: In einer Wohngruppe kommt es abends nach einem angekündigten Personalwechsel zu einer bedrohlichen Auseinandersetzung. Eine Bewohnerin berichtet Angst, eine Fachkraft fühlt sich allein gelassen, die Leitung verweist auf Personalmangel. Bilden Sie drei Perspektivgruppen. Formulieren Sie für jede Seite einen aktuellen Schutzbedarf, eine Ressource und eine konkrete Zuständigkeit. Vereinbaren Sie anschließend einen Sofortschritt, eine Übergabe für den nächsten Dienst und eine strukturelle Veränderung. Prüfen Sie ausdrücklich, welche Entscheidungen mit der Bewohnerin getroffen werden können. Ein Personalproblem darf weder ihr noch der einzelnen Fachkraft als persönliches Versagen zugeschrieben werden.

8. Selbstfürsorge und Psychohygiene der Helfenden

Psychohygiene soll der Erhaltung der eigenen seelischen Gesundheit und Zufriedenheit sowie der Persönlichkeitsreifung dienen und das Selbstvertrauen stärken. Gerade in der Traumaarbeit sollten Helferinnen auch in emotional hochbelasteten Situationen noch **gut für sich sorgen** können. Was also hilft, gesund zu bleiben?

> Durch die ressourcenorientierte Traumatherapie sind wir Berater:innen und Therapeut:innen zum Glück auch sensibler für uns selbst und unsere Bedürfnisse geworden. Gerade die Verinnerlichung einer durchgehend ressourcenorientierten Haltung eröffnet für den eigenen Lebens- und Berufsalltag eine neue oder erweiterte Sicht

Psychohygienische Maßnahmen können Belastung reduzieren und Ressourcen stärken. Sie garantieren keinen Schutz vor Burnout oder sekundärem traumatischem Stress. Die Organisation trägt Mitverantwortung für sichere und gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen.

Wir alle haben **individuelle Strategien**, mit Stress umzugehen und uns zu erholen (**Coping-Strategien**).

Zum Thema Psychohygiene wurde viel veröffentlicht (u. a. Huber, 2003, 2011; Reddemann, 2001), deshalb hier nur eine Auswahl wichtiger Punkte:

Psychohygiene: Was hilft Helfenden persönlich und für die Arbeit?

- Überhöhte Erwartungen an sich selbst relativieren → z. B. PEP®
- In der Freizeit nicht oder kaum über Dienstliches reden
- Wissen weitergeben, reflektierender Abstand
- Hilfe annehmen gegen eigene dysfunktionale Bewältigungsstrategien wie emotionale Betäubung durch Alkohol, zu viel arbeiten, sozialen Rückzug
- Auf Warnsignale achten: Welcher mir wichtige Mensch darf mich warnen? Wie möchte ich gewarnt werden?
- Das eigene Pendel in Schwung halten: Bewegung, Schönes verankern (Bsp. Ruheanker)
- Freudebiografie und Freudetagebuch
- Achtsamkeit (achtsam wahrnehmen, was ist)
- Selbstfürsorge, auch mit imaginativen Übungen und eigener Ego-State-/-Innerer-Kind-Arbeit
- Hilfreiche imaginative Übungen für Helfer sind u. a.: Tresor, Wohlfühlort, Innere Helfer, Gepäck ablegen, Reinigungsbad, Inneres Team, Innerer Garten
- Inneren Beobachter als Supervisor nutzen
- Distanz schaffen (Vogelperspektive/Fenster)
- Rituale: u. a. Abschiedsrituale am Ende des Arbeitstages, z. B. die Klienten gehen durch eine Tür rechts hinaus in einen schönen Garten, die Helferin durch eine Tür links auf einem wunderschönen Weg zu sich nach Hause.
- Gut für den Körper sorgen, sinnliche Genüsse, kreative Pausen, Spaziergänge, Sport, Bewegung, Tanzen, Schwimmen, Singen etc.

- Körperliche Entlastung erproben: bequemere Haltung, Aufstehen oder ein selbstgewählter Bewegungsimpuls. Yoga, Meditation, Entspannung, Qigong oder Feldenkrais können nach Interesse ausprobiert werden; Beschwerden und individuelle Grenzen werden berücksichtigt.
- Natur und Tiere,
- Kunst, Musik
- Flow (Csikszentmihalyi, 2004): sich vertiefen in etwas, im Einklang mit sich und der Welt sein (Spielen/Kinder)
- Floaten
- Phasen der Stille, Auszeiten, Urlaube (z. B. Muschel auf dem Schreibtisch als Anker)
- In Gemeinschaft sein, gute Beziehungen pflegen, Glück teilen
- Zeit für Trauer, Tränen und Trost, Humor und Lachen auch über sich selbst
- Angenehmer Körperkontakt oder Massage können auf eigenen Wunsch wohltuend sein. Berührung setzt Zustimmung voraus und ist nicht für alle Menschen entspannend.
- Sich auf die eigenen Stärken statt Schwächen besinnen und sie fördern
- Dankbarkeit für das Bereichernde an der Arbeit mit traumatisierten Klientinnen
- Akzeptieren, was nicht zu ändern ist, sich klarmachen, was man ändern kann und will
- Wichtig: Sich selbst gestatten, Hilfe in einer Therapie zu suchen.
- Bei Bedarf eigene belastende Erfahrungen in einer Psychotherapie bearbeiten – freiwillig und außerhalb der Weiterbildung.

Achtsamkeit

Achtsam sein bedeutet, alles Erlebte, also auch (zunächst noch vage) körperliche Empfindungen, Gedanken und innere Bilder, Impulse, Emotionen, Erinnerungen **möglichst absichtslos und mit freundlicher Aufmerksamkeit willkommen zu heißen.** „Aha, so ist das…“. **Achtsam sein bedeutet auch, manchen Gewohnheiten nicht nachzugeben**, z.B. der Gewohnheit, manches Erlebte vorschnell abzutun, zu vermeiden, oder zu ignorieren. Rational zu analysieren, zu bewerten (das ist gut /schlecht) oder vorschnell zu reagieren, ohne sich für ein tieferes Fühlen Zeit und Raum genommen zu haben.

Beispiel: eine Orange achtsam schälen.

Selbstfürsorge: auf die eigenen Grundbedürfnisse achten

Achtsam sein besonders in Bezug auf die eigenen Grundbedürfnisse, zum Beispiel nach den vier psychischen Grundbedürfnissen nach Grawe (2004):

1. **Bindung:** wie steht es mit meiner Partnerschaft, Familie und Freunden?
2. **Kontrolle und Orientierung:** was gibt mir Sicherheit und Verlässlichkeit?
3. **Selbstwert:** was gibt mir das Gefühl, wichtig und wertvoll zu sein?
4. **Lustgewinn/Unlustvermeidung:** was tun wir uns Gutes bzw. vermeiden wir Dinge, die uns „schaden“?

Neurobiologie der sozialen Unterstützung

Anerkennung und Wertschätzung können das Motivationssystem des Gehirns aktivieren. Das Modell eines Motivationssystems mit Dopamin, körpereigenen Opioiden und Oxytocin beschreibt vor allem Joachim Bauer (2006); Gerald Hüther verwendet ähnliche Bilder. Die folgende Tabelle ist eine vereinfachte Merkhilfe.

Botenstoffsystem	Vereinfachte Zuordnung
Dopamin	Antrieb, „Wollen“, Belohnungserwartung
Opioide	Wohlgefühl
Oxytocin	soziale Bindung (vertrauenssteigernde Wirkung beim Menschen nicht gesichert)

Die Zuordnung einzelner Botenstoffe zu „Motivation“, „Wohlbefinden“ oder „Bindung“ ist eine vereinfachende Merkhilfe. Dopamin, Opioidsysteme und Oxytocin wirken in unterschiedlichen Netzwerken und Kontexten. Aus einem Gefühl oder einer Übung lässt sich kein bestimmter Hormonspiegel ableiten; die Grafik ist kein Wirkungsnachweis der folgenden Methoden (Berridge und Kringelbach, 2015; Nave et al., 2015).

Energiebalance

Was macht mir Freude und gibt mir Energie? Was schadet mir und raubt meine Energie?



- z. B. Tankmodell
- Realistische Ziele setzen (entgegen dem Optimierungswahn)
- Verantwortung klären: Was ist für sich selbst möglich/veränderbar und wo sind Grenzen!
- Nein sagen lernen als einfache Form der Burnout-Prävention

Selbstwertschutz und Selbstwerterhöhung → PEP®

9. PEP – Prozess- und Embodimentfokussierte Psychologie

Prozess- und Embodimentfokussierte Psychologie (PEP) nach Michael Bohne kombiniert unter anderem Selbstbeklopfen, Selbstakzeptanzsätze und die Reflexion belastender Beziehungsmuster. Sie wird in Beratung, Coaching und psychotherapeutischen Kontexten als ergänzender Ansatz eingesetzt. Die Benennung als bifokal oder multisensorisch begründet keine Gleichwertigkeit mit der Evidenz für EMDR. Entscheidend sind der Auftrag, die Qualifikation und die Daten für die konkrete Anwendung.

Letztendlich ging es in der Entwicklung von PEP auch darum, die Klopftechniken zu entmystifizieren (Bohne, 2019).

Einzelne Menschen berichten eine Entlastung durch PEP-Übungen. Eine schnelle und dauerhaft wirksame Veränderung aller belastenden Emotionen lässt sich daraus nicht versprechen.

Ferner steht neben der Selbstwirksamkeitsaktivierung die konsequente Verbesserung der Selbstbeziehung im Fokus der Arbeit.

PEP-Übungen werden auch als Selbsthilfetechnik für Klient:innen angeboten. Kontrollierte Wirksamkeitsstudien speziell zu PEP liegen bislang kaum vor; für verwandte Klopfverfahren wie EFT gibt es Studien mit methodischen Einschränkungen (Church et al., 2018; Bakker, 2013).

Als Wirkannahmen werden unter anderem Aufmerksamkeitslenkung, Selbstberührung und veränderte Bewertungen diskutiert. Eine gezielte „Verstörung neuronaler Netzwerke“ ist kein gesicherter klinischer Wirkmechanismus.

Beim Selbstbeklopfen wird die Aufmerksamkeit auf Körperwahrnehmung und eine gewählte aktuelle Belastung gerichtet. Ob dies entlastet, wird ergebnisoffen geprüft. Im pädagogischen Kurs werden keine traumatischen Erinnerungen gezielt aktiviert.

Wenn eine Übung nicht hilft oder belastet, wird sie beendet oder angepasst. Das beweist weder Widerstand noch ein verborgenes Beziehungsmuster. Für die Reflexion beschreibt PEP unter anderem folgende mögliche Themen:

Schwerpunkte der PEP-Arbeit

Selbstbeziehung verbessern

Wenn die Person Selbstakzeptanzübungen als hilfreich erlebt, kann dies die Selbstbeziehung unterstützen. Ein automatisch eintretender Effekt auf andere Beziehungen ist damit nicht belegt.

Die bisherige Forschung rechtfertigt keine Aussage, PEP verhindere nachweislich Burnout oder sekundäre Traumatisierung. Eine kleine experimentelle Untersuchung zu Flugangst mit 29 Personen betrachtete Reaktionen auf angstauslösende Reize bei Selbstbeklopfen und kognitiver Neubewertung. Dies ist kein klinischer Wirksamkeitsnachweis für PTBS-Behandlung oder berufliche Prävention (Wittfoth et al., 2022).

PEP-Elemente als freiwillige ergänzende Ressource prüfen

Belastende Bewertungen als Hypothesen erkunden

Körperempfindungen und spontane Antworten können Gesprächsanlässe sein. Ein sogenannter Kognitions-Kongruenz-Test weist jedoch keine unbewusste Blockade, historische

Tatsache oder Ursache objektiv nach. Deutungen werden als Hypothesen angeboten; die Person darf ihnen widersprechen.

Selbstwertgefühl stärken

Ein weiterer zentraler Aspekt der PEP ist die Verbesserung des Selbstwertgefühls. Diese erfolgt anhand eines dezidierten Selbstwerttrainings.

Humor integrieren

PEP ist auch gekennzeichnet durch die Integration von Leichtigkeit und Humor und dies auch bei sogenannten 'schweren Themen'.

Selbstwert und Beziehungen: fünf Reflexionsthemen im PEP-Modell

1. Selbstvorwürfe (Selbstbeziehung)
2. Fremdvorwürfe (Beziehung zu anderen)
3. Erwartungen an andere (Beziehung zu anderen)
4. Altersregression (Selbstbeziehung und Beziehung zu anderen)
5. dysfunktionale Loyalitäten (Beziehung zu anderen, Angst vor Verlust von Zugehörigkeiten)

Selbstakzeptanzsätze und selbstbestimmte Körperübungen können als mögliche Ressourcen erprobt werden. Verzeihen ist keine Voraussetzung für Stabilisierung oder Genesung. Eine Veränderung von Beziehungsmustern wird nicht vorausgesetzt oder erzwungen.

Erster Schritt im Umgang mit den Blockaden:

Grundbedürfnis Beziehung: Selbstannahme/-liebe und Selbstfürsorge

„Auch wenn ich …, liebe und akzeptiere ich mich so, wie ich bin!“

Grundbedürfnis Sicherheit: „Auch wenn ich …,“

- bleibe ich in Sicherheit,
- bleibe ich in meiner Kompetenz,
- behalte ich den Überblick.“

Grundbedürfnis Autonomie: „Auch wenn ich …,“

- bleibe ich souverän und gehe meinen eigenen Weg,
- genüge ich meinen eigenen Ansprüchen und bin mit mir/meiner Leistung einverstanden,
- bestimme ich, was gut für mich ist,
- nehme ich meinen Raum.“

Selbstakzeptanz und heutige Handlungsmöglichkeiten erkunden

Zu 1: Selbstvorwürfe

„Auch wenn ich mir vorwerfe, dass …, liebe und achte/akzeptiere ich mich so wie ich bin.“

Nun kommt eine wichtige Frage:

„Welche Möglichkeiten hatten Sie damals tatsächlich, und welche Unterstützung brauchen Sie heute?“

Wenn ein selbstgewählter Satz passt, kann er ruhig wiederholt werden, beispielsweise: „Ich darf meine damaligen Möglichkeiten realistisch sehen und heute gut für mich sorgen.“ Klopfen ist optional; eine vorgegebene Zahl von Wiederholungen oder ein sofortiges Verzeihen sind nicht erforderlich.

Zu 2: Fremdvorwürfe (Vorwürfe an andere)

2 x: „Auch wenn ich …. vorwerfe, dass …., liebe und achte/akzeptiere ich mich so wie ich bin.“

Nun kommt eine wichtige Frage:

„Welche Verantwortung tragen andere, und was brauchen Sie heute für Schutz und Selbstachtung?“

„Die Verantwortung für Gewalt bleibt bei der Person, die sie ausgeübt hat. Ich darf heute entscheiden, welche Unterstützung und welche Schritte für mich passen.“

Bei Gewalt und Missbrauch sind Schutz, Rechte und Verantwortung klar zu benennen. Berechtigte Erwartungen an Sicherheit, Unterstützung oder Entschädigung sind keine krankhaften Blockaden. Niemand muss Täter:innen verstehen, ihnen verzeihen oder auf Ansprüche verzichten. Reflexion richtet sich auf heutige Handlungsmöglichkeiten und nicht auf eine vermeintliche Mitschuld.

Zu 3: Erwartungen an andere

1. „Auch wenn ich an … diese Erwartung habe, liebe und achte/akzeptiere ich mich so wie ich bin.“
2. „Was erwarte ich berechtigterweise, und welchen Teil kann ich selbst beeinflussen?“
3. „Welche Abhängigkeiten bestehen tatsächlich, und welche Unterstützung erweitert meine Möglichkeiten?“
4. „Wie beeinflusst mich das Verhalten anderer, und welche Grenze oder Unterstützung brauche ich?“
5. „Welche Entscheidung liegt heute in meinem Handlungsspielraum?“
6. „Was kann ich verändern, was müssen andere verantworten, und wo brauche ich Hilfe?“

Zu 4: Altersregression

Kraftvolle Lösungssätze in Form: „In der bestimmten Situation bleibe ich in meinem aktuellen Alter.“

Zu 5: Dysfunktionale Loyalitäten

Kraftvolle Lösungssätze in Form: „Ich bleibe in Verbundenheit mit …, wenn ich …“

Belastende Überzeugungen spielerisch prüfen – nur mit Zustimmung und ohne gezielte Verunsicherung

1. **Konjunktiv:** Auch wenn ich dieses ggf. behalten sollte, liebe und achte/akzeptiere ich mich so wie ich bin.
2. **Indikativ:** Auch wenn ich dieses Problem tatsächlich behalten werde, liebe und achte/akzeptiere ich mich so wie ich bin.
3. **Humorkativ I:** Auch wenn ich dieses Problem zeitnah überwinden werde, liebe und achte/akzeptiere ich mich so wie ich bin.

4. **Humorkativ II:** Auch wenn ich dieses Problem schon überwunden habe, es nur noch nicht mitbekommen habe, liebe und achte/akzeptiere ich mich so wie ich bin.
5. **Humorkativ III:** Scheißegal (oder auch völlig egal), ob ich dieses Problem habe oder nicht, ich achte und schätze mich auf jeden Fall so wie ich bin!

Ideen für kraftvolle Lösungssätze

- Erlaube mir nun … (z. B. … meinen eigenen Weg zu gehen)
- Ab jetzt … (z. B. … gehe ich meinen eigenen Weg)
- Ich schenke mir…
- Es ist meine Pflicht…
- Ich gönne mir…
- Ich erlaube mir…
- Jetzt beginne ich in meiner Geschwindigkeit
- Ich tue dies auf meine eigene Art und …
- Ich gebe diesem Thema nun die Zeit, die es braucht.

… falls noch auf dem Weg:

- Ich bin auf einem guten Weg…
- Ich bin zuversichtlich, dass ich dieses Thema auch noch gut gelöst bekomme.

Positive Affirmationen können auf folgende Weise aktiviert werden:

- laut aussprechen.
- sich im Spiegel anschauen.
- immer wieder aufschreiben
- als Satzergänzung aufschreiben: z. B. Ab jetzt glaube ich an mich, weil…
- Aufschreiben und sichtbar aufhängen
- Mit einer natürlichen auftretenden Körperbewegung oder Geste aktivieren (Zürcher Ressourcen Modell; Storch et al., 2022)
- Passendes Foto oder Bild dazu aussuchen und beides kombiniert auf sich wirken lassen (Zürcher Ressourcen Modell)

10. Authentizität

Das Thema Psychohygiene hat neben den **äußeren Aspekten** wie Life-Balance auch einen **inneren Aspekt**. Auf dieser inneren Ebene geht es darum, die Entfremdung zu sich selbst wieder aufzuheben, ein **authentisches Dasein** wieder zu erlangen.

Authentizität meint hier, eigene Wahrnehmungen und Werte zu kennen und sie im Rahmen der professionellen Rolle stimmig auszudrücken. Auch Angst, Trauer, Ärger und Unsicherheit können authentisch sein. Dauerhafte Entspannung oder Zufriedenheit sind keine Kriterien beruflicher Echtheit.

Therapeutische Allegianz bezeichnet die Verbundenheit mit einer Methode und die Überzeugung von ihrem Nutzen. Sie kann die Arbeit und die Bewertung von Ergebnissen beeinflussen, ersetzt aber keine unabhängige Prüfung von Wirksamkeit (Luborsky et al., 1999). Fachliche Authentizität schließt ein, die Grenzen der eigenen Methode transparent zu machen.

Kohärenz hat je nach Fachgebiet unterschiedliche Bedeutungen. Im salutogenetischen Ansatz von Aaron Antonovsky bezeichnet das Kohärenzgefühl vor allem Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit (Antonovsky, 1987). Es bedeutet nicht, dass das gesamte Gehirn synchron in einer Frequenz schwingt.

Authentizität = Glaubwürdigkeit / Zuverlässigkeit / Unverfälschtheit / Wahrhaftigkeit

Vier Perspektiven zur Reflexion beruflicher Authentizität (in Anlehnung an die vier Komponenten nach Kernis und Goldman, 2006)**:**

- **Bewusstsein:** Stärken und Schwächen erkennen, ebenso Gefühle und Motive – also warum wir uns so verhalten → Selbstreflexion
- Unverzerrte Wahrnehmung (Ehrlichkeit sich selbst gegenüber): der Realität ins Auge blicken und auch unangenehme Rückmeldungen über sich annehmen können (z. B. „Ich muss nicht perfekt sein …“)
- Authentisches Verhalten (Konsequenz): im Einklang mit eigenen Werten und Bedürfnissen handeln, statt nur anderen zu gefallen
- Offenheit in Beziehungen (Aufrichtigkeit): sich nahestehenden Menschen ehrlich zeigen, auch mit „negativen“ Seiten

Ein Konflikt zwischen eigenen Werten und beruflichen Erwartungen kann belasten. Burnout ist jedoch kein Beweis dafür, dass eine Person unauthentisch lebt. Arbeitsmenge, Handlungsspielräume, Fairness, Unterstützung und weitere Bedingungen müssen mitbetrachtet werden.

Wenn Anforderungen dauerhaft schwer erfüllbar sind, werden sie gemeinsam mit den verfügbaren Ressourcen und Zuständigkeiten überprüft.

Hilfreiche Reflexionsfragen: Wie geht es mir? Was brauche ich? Welche Werte sind mir wichtig? Welche Veränderung liegt bei mir, welche bei Team oder Leitung?

Warum entfernen wir uns vom authentischen Dasein bzw. von unserem Selbst?

Anthropologische Grundannahmen des personzentrierten Ansatzes (nach Carl Rogers)

Es wird von der Überzeugung ausgegangen, dass der Mensch über ein ihm **innewohnendes Potenzial zur Persönlichkeitsentwicklung und konstruktiven Gestaltung seines Lebens verfügt**, welches sich in Begegnung von Person zu Person entfalten und verwirklichen kann (sogenannte Aktualisierungstendenz; Rogers, 1959, 1961).

1. Menschliches Leben vollzieht sich als **Prozess der Selbstverwirklichung.**
2. Jeder Mensch hat ein **inneres Potenzial** konstruktiver Kräfte.
3. Der Mensch hat die Möglichkeit der „Offenheit für Erfahrung“ und damit zur Entwicklung.
4. Jeder Mensch besitzt einen „inneren Kompass“, den er spüren und von dem er sich leiten lassen kann.
5. Jeder Mensch lebt in seiner **subjektiven Welt**.
6. Jeder Mensch hat das **Bedürfnis nach tiefer menschlicher Begegnung**.

Wie kommt es zur Entfremdung von uns selbst? (nach Carl Rogers)

Beispiel:

1. Das Kind kommt mit einem Set an individuellen Charakteristika und einer Tendenz zur Aktualisierung seines Organismus auf die Welt (siehe anthropologische Grundannahmen). Es interagiert mit der Welt im Sinne des zielgerichteten Versuches, seine Bedürfnisse nach Aktualisierung (auf allen Ebenen) zu befriedigen (inhärentes Motivationssystem).
2. **Die Interaktionserfahrungen des Kindes werden von diesem wahrgenommen (symbolisiert).** Durch die Verarbeitung dieser Erfahrungen entwickelt sich über die Zeit ein Selbst(bild), das die Beziehung des Kindes zu sich selbst, zu anderen Menschen und zur „Welt“ beinhaltet. (**Gehirntechnisch: Das Gehirn extrahiert Regeln/Gemeinsamkeiten aus den unterschiedlichen Erfahrungen.**)
3. Bestimmte **Erfahrungen des Kindes werden** von der Umwelt (wichtige Bezugspersonen/Mama und Papa) **bewertet und sanktioniert.** („Wenn du mit Essen spielst, ist Mama böse auf Dich.“).
4. Das Kind hat ein biologisch angelegtes Bedürfnis nach positiver Beachtung (Bindung).
5. Erlebt das Kind nun die Bewertung durch die Bindungsperson, so entsteht ein Konflikt im Kind: Soll es seiner Erfahrung folgen („Mit Essen spielen macht Spaß.“) oder folgt es der Mama („Ich mache lieber, was Mami will, sonst muss ich Angst haben, dass sie mich nicht mehr mag und mich verlässt. “) .
6. Das Kind **wird seine ursprüngliche Erfahrung** („Mit Essen spielen macht Spaß.“) **nicht korrekt symbolisieren und nicht in sein Selbst(bild) aufnehmen**. → Dadurch entsteht **eine psychische Spannung**, die Rogers **Inkongruenz** nennt und die zu einer Entfremdung von sich selber führt.

Inkongruenz = Entfremdung	Kongruenz = Authentisch sein
Selbst und Erfahrung stimmen wenig überein; Erfahrungen werden nicht ins Selbst(bild) aufgenommen.	Selbst und Erfahrung überschneiden sich weitgehend; neue Erfahrungen können ins Selbst(bild) integriert werden.

Hat sich einmal eine feste Selbststruktur gebildet, reagiert das Selbst **auf neue Erfahrungen mit psychischer Spannung** (Angst / Unsicherheit), weil es oft wenig erfahrungsoffen (flexibel) ist. **Das Selbst beharrt auf dem, was sich** (der eigenen Erfahrung nach) **bewährt hat** (alte kindliche Lösungsstrategien).

Im personzentrierten Modell kann die Person neue Erfahrungen in ihr Selbstverständnis integrieren. Das Ideal der „fully functioning person“ beschreibt einen Entwicklungsprozess. Auch subjektiv stimmiges Handeln kann andere verletzen; es bleibt deshalb an Verantwortung, professionelle Grenzen und die Rechte anderer gebunden.

Es geht darum, zufrieden zu sein, mit dem was man ist, wie man aussieht, was einen ausmacht und sich als das anzuerkennen, was man ist.

Der Wunsch, anders mit einem Gefühl umzugehen, macht eine Person nicht unauthentisch. Gefühle wahrnehmen und das eigene Verhalten bewusst wählen können zusammengehören.

Authentizität ist kein Alles-oder-nichts-Merkmal. Sie kann je nach Situation und Rolle unterschiedlich gelingen und ist reflektierbar.

Ursachen unauthentischen Handelns

Glaubenssätze und Glaubenssysteme

Einengende Überzeugungen können den Zugang zu eigenen Bedürfnissen erschweren. Hilfreiche Überzeugungen können dagegen Orientierung und Sicherheit geben.

Def.: Glaubenssatz: die Brille, durch die die Welt betrachtet wird. Sie färbt und trübt alles: den Blick, die Gefühle, die Wahrnehmung, das Denken, das Handeln. Sie ist ein Filter, durch den nur bestimmte Dinge wahrgenommen werden und andere nicht.

Die Verkettung verschiedener Glaubenssätze führt zu Glaubenssystemen.

z. B. „Keiner versteht mich!“, „Die Welt ist ein gefährlicher Ort!“, „Wenn ich nicht eingreife, geht alles schief!“

Sie enthalten absolute, scheinbar objektive und unverrückbare Wahrheiten wie „Keiner mag mich!“, „Ich muss perfekt sein!“, „Ich bin immer stark!“

Überzeugungen können Orientierung geben oder Handlungsmöglichkeiten einschränken. Entscheidend sind ihr Inhalt, ihre Flexibilität und der aktuelle Kontext.

Überzeugungen können in Kindheit, Jugend und im Erwachsenenalter entstehen und sich verändern. Es kann helfen, alternative Erklärungen und neue Erfahrungen zuzulassen.

Überzeugungen strukturieren Erfahrungen und können sich als hilfreich oder belastend erweisen. Bewusstes Prüfen ist ein möglicher Veränderungsweg. Neue Erfahrungen, Beziehungen, Verhaltensübungen und veränderte Lebensbedingungen können ebenfalls Veränderungen ermöglichen; bewusste Einsicht ist keine notwendige Voraussetzung jeder Verhaltensänderung.

Was ist unauthentisch?

Die Diskrepanz zwischen innerem Empfinden und äußerlich Sichtbaren

Innen	**Außen**
Eigenes Empfinden, Bedürfnisse und Werte	Sichtbares Verhalten sowie Erwartungen im jeweiligen Kontext
Körperwahrnehmung und Gefühle	**Denken und bewusste Bewertung**
Geben Hinweise auf Bedürfnisse, Belastung und Bedeutung.	Helfen, Informationen, Konsequenzen und Alternativen zu prüfen.
Sind ernst zu nehmen, aber nicht immer ein sicherer Maßstab für äußere Tatsachen.	Können hilfreich oder verzerrt sein und werden bei Bedarf überprüft.
Beides gemeinsam unterstützt stimmige und verantwortliche Entscheidungen.	Professionelle Verantwortung verbindet Erleben, Wissen und Reflexion.

Anhaltende Widersprüche zwischen innerem Erleben, Rolle und Erwartungen können belasten. Sie führen nicht zwangsläufig zu Rückzug oder „seelischer Verkümmerung“. Austausch, Anpassung der Bedingungen und professionelle Unterstützung können helfen.

Authentische Reaktion

„Aus dem Herzen handeln“ kann als Metapher für Werteorientierung und inneres Beteiligtsein dienen. Professionell stimmiges Handeln verbindet dies mit Fachwissen, Überlegung und der Prüfung möglicher Folgen. Es muss sich nicht immer leicht oder kraftvoll anfühlen.

> Der Ausgangspunkt ist die Intuition: was fühlst Du? Was spürst Du? Was nimmst Du wahr? UND was Du denkst!

Richte die Aufmerksamkeit auf Gefühle, Körperwahrnehmung und Gedanken. Prüfe anschließend, welche Handlung zur Situation, zu deinen Werten und zu deiner Verantwortung passt.

Eisbergmodell

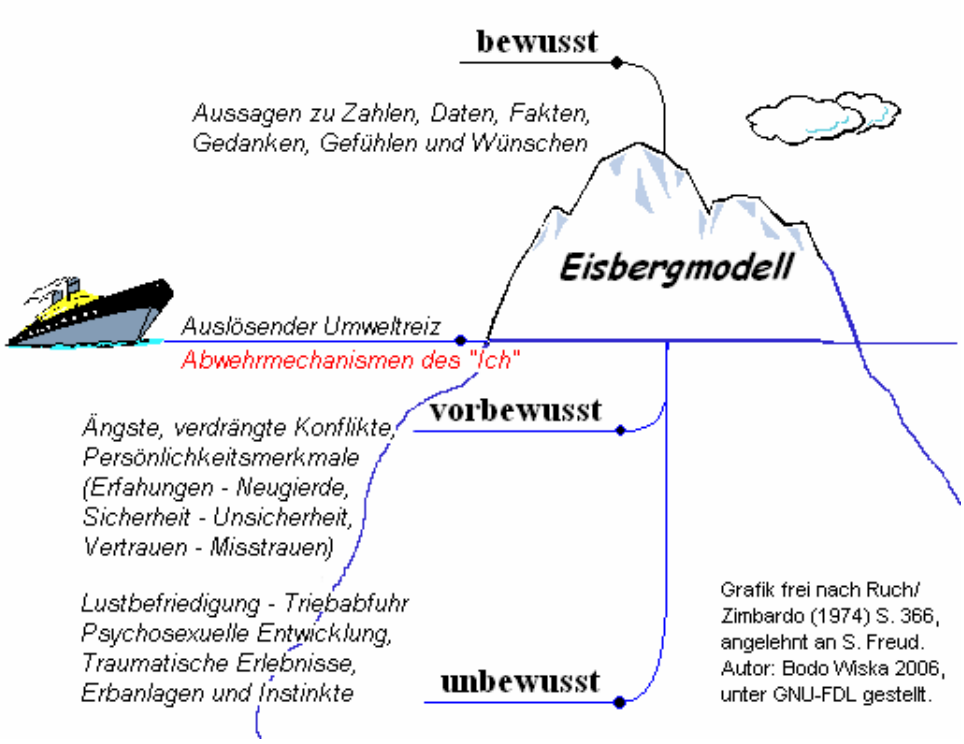

Abbildung: Eisbergmodell – Grafik frei nach Ruch und Zimbardo (1974), angelehnt an S. Freud; Autor: Bodo Wiska (2006), unter GNU-FDL gestellt

Die erhaltene Grafik ist ein historisch psychodynamisch geprägtes Anschauungsmodell in Anlehnung an Freud; Freud selbst hat das Bild des Eisbergs nicht verwendet. Sie zeigt keine anatomischen Hirnorte, keine messbaren Anteile des Bewusstseins und keinen Beweis dafür, dass traumatische Erfahrungen verborgen vorliegen. Gefühle, Körperreaktionen oder das Modell allein belegen kein früheres Ereignis; zum Umgang mit Erinnerung und Unsicherheit siehe Modul 5.

Antreiber

Ein besonderes Augenmerk in Bezug auf Burnout liegt auf den sogenannten „Antreibern“ aus der Transaktionsanalyse (Kahler, 1975):

- Sei perfekt…
- Streng Dich an…
- Beeile Dich…
- Mach es allen recht…
- Sei stark…

Antreiber enthalten oft auch Stärken, etwa Sorgfalt oder Ausdauer. Belastend werden sie, wenn sie starr und unter Druck befolgt werden. Das Konzept stammt aus der Transaktionsanalyse und ist empirisch nur begrenzt geprüft.

Übung:

- Welche Stärke steckt in der Aussage?
- Welche Schwäche erkennst Du?

- Was würde passieren, wenn Du nicht…?
- Wie könnte der „Erlauber“ lauten?
- Wie müsste ich mein Verhalten ändern um …? Konkreter 1. Schritt?

Wie komme ich meiner Authentizität näher?

1. **Achtsamkeit:** Wahrnehmung der eigenen Gefühle im Körper.
2. Gefühle anerkennen, ohne jedes Gefühl gut finden oder ihm folgen zu müssen.
3. Prüfen, welche Gedanken das eigene Erleben beeinflussen und welche davon hilfreich oder einengend sind.
4. Falls gewünscht: Welche biografischen und aktuellen Bedingungen könnten mitwirken?
5. Wie kann ich Gefühle und Bedürfnisse berücksichtigen und zugleich verantwortungsvoll innerhalb meiner Rolle handeln?

> **Das direkte, unreflektierte Ausagieren der Gefühle ist nicht mit Authentizität gemeint!**

11. Kommunikation

> Kommunikation ist die Basis jeder Beziehung. „Man kann nicht nicht kommunizieren.“ (Watzlawick et al., 1969)

Kommunikation kann Belastung verstärken oder Entlastung ermöglichen. Burnout lässt sich jedoch nicht auf ein Kommunikationsproblem reduzieren; Arbeitsbedingungen, Ressourcen und individuelle Faktoren bleiben mitzuberücksichtigen.

Die vier Komponenten der gewaltfreien Kommunikation nach Rosenberg

Versuchen Sie sich an eine Gesprächssituation zu erinnern, die Ihrer Meinung nach aus irgendwelchen Gründen nicht so gelaufen ist wie Sie es sich gewünscht hätten.

- **Schritt A: Beobachtung.** Notieren Sie bitte, was in der Situation passiert ist und was gesagt wurde. Versuchen Sie dies so objektiv wie möglich zu tun, ohne zu beurteilen. Nur beschreiben, was passiert ist. (Bsp. Wenn ich sehe, höre, erlebe…) keine Interpretation.
- **Schritt B: Gefühl.** Schreiben Sie auf, was Sie gefühlt haben. Haben Sie sich geärgert, waren Sie traurig? Es ist wichtig, dass Sie beim Beschreiben der Gefühle ganz bei sich bleiben. (Bsp. Dann fühle ich mich…) unterscheiden zwischen Gefühlen und Gedanken.
- **Schritt C: Bedürfnis.** Versuchen Sie herauszufinden, welche Bedürfnisse hinter diesen Gefühlen standen. So kann hinter Traurigkeit zum Beispiel der verwehrte Wunsch nach Aufmerksamkeit und Zuwendung sein. Dann wäre das Bedürfnis der Wunsch nach Aufmerksamkeit und Zuwendung. (Bsp. Weil ich das Bedürfnis nach …habe) unterscheiden zwischen Wunsch und Bedürfnis.
- **Schritt D: Bitte.** Schreiben Sie auf, was Sie sich von Ihrem Gesprächspartner genau in der beschriebenen Situation gewünscht hätten. Formulieren Sie diese Bitte positiv und bleiben Sie bei Ihren Gefühlen. Schwächen Sie ihre Bitte nicht ab. (Bsp. Deshalb hätte ich gerne…) unterscheiden zwischen Bitte und Forderung

Die GFK ist in der Praxis verbreitet, kontrollierte Studien sind jedoch selten. In einer Feldstudie mit Gesundheitsfachkräften berichteten Teilnehmende drei Monate nach einem GFK-Training bessere Kommunikationsfähigkeiten und weniger soziale Stressoren (Wacker und Dziobek, 2018).

Komponente	Gewaltfreie Kommunikation	Lebensentfremdende Kommunikation	Empathische Reaktion auf lebensentfremdende Kommunikation
Beobachtung	Konkrete Handlungen, die wir beobachten und die unser Wohlbefinden beeinträchtigen. „In der letzten Woche hast du dein Geschirr dreimal nach dem Essen auf die Spüle gestellt, und es stand dort jeweils bis zum Morgen. Dann habe ich es abgespült.“	Beobachtung und Bewertung werden vermischt. „Du verhältst dich in der Küche total schlampig!“	„Du hast wiederholt dreckiges Geschirr vorgefunden?“
Gefühl	Die Gefühle werden mit dem in Verbindung gebracht, was wir beobachten. „Ich bin frustriert …“	Keine Erläuterung über den Zusammenhang der Situation mit dem Gefühl, sondern: Eine Interpretation wird als Gefühl geäußert. Schuldzuweisungen, Vorwürfe, Pauschalisierungen. „Ich fühle mich provoziert, es ist dir total egal, dass hier so ein Dreck ist.“	„Bist du frustriert …?“
Bedürfnis	Bedürfnisse, aus denen Gefühle entstehen, werden betrachtet und mitgeteilt. „… da ich, wenn ich in das Haus komme, eine Ordnung vorfinden möchte, die mir ein Entspannen möglich macht.“	Das Bedürfnis wird nicht (klar) geäußert, stattdessen wird der andere moralisch verurteilt. „Du bist schlampig.“	„… weil du dir mehr Unterstützung wünschst?“

Komponente	Gewaltfreie Kommunikation	Lebensentfremdende Kommunikation	Empathische Reaktion auf lebensentfremdende Kommunikation
Bitte	Um eine konkrete Handlung wird gebeten – auch Nichterfüllung ist in Ordnung. „Sage mir bitte, ob du bereit bist, dein Geschirr gleich nach dem Essen abzuspülen oder gemeinsam mit mir nach einem Weg zu suchen, wie unser beider Bedürfnis nach Ordnung erfüllt werden kann.“	Es wird eine Forderung gestellt. Bei Nichtbeachtung drohen Sanktionen. „Wenn es in zwei Wochen nicht sauber ist, dann schmeiß’ ich dein Geschirr weg!“	„Wünschst du dir, dass wir eine konkrete Absprache über das Spülen machen?“

Gewaltfreie und lebensentfremdende Kommunikation im Vergleich (Beispiele in Anlehnung an Rosenberg, 2016; ursprünglich als Grafik eingefügt)

Selbstreflektierende Fragen in der Beratung

- Sage ich es für mich richtig?
- Sage ich es so, dass es mein Klient versteht?
- Kommt es an? Bewegt es etwas in ihm?
- Kommt es so an, wie ich es möchte?
- Was will mir der andere tatsächlich sagen?

Wie Worte das Gesprochene abschwächen oder verstärken können

Viele Menschen benutzen eine der folgenden Taktiken, um das Gesagte wieder abzuschwächen/verstärken: Rechtfertigung/zu viele Worte, schwächende bzw. übertriebene Worte oder beschwichtigende Intonation.

1. Übertriebene Rechtfertigung

- „Es wurde so von mir verlangt …“
- „Ich konnte nicht anders …“
- „Weil …“
- „Ja, aber …“

2. Pauschale Verallgemeinerungen

- „Nie …“
- „Immer…“
- „Schon wieder…“

- „Ständig…“

3. Indirekte Ansprache

- man
- jemand
- einer

Fragst du noch oder weißt du schon?

Tonfall, Lautstärke, Sprechtempo und Pausen beeinflussen, wie eine Botschaft ankommt. Ein sinkender Ton kennzeichnet nicht in jeder Sprache oder Situation eine Aussage, ein steigender nicht immer eine Frage. Hilfreich ist, das eigene Anliegen ausdrücklich zu benennen und bei Unsicherheit nach dem Verständnis zu fragen.

Eine Aussage vermittelt, dass das, was du sagst, für dich feststeht. Du hast den Inhalt der Aussage für dich geprüft und für wahr erklärt.

Durch die Frage möchtest du etwas finden, vielleicht eine Antwort, eine Wahrheit, eine Lösung. Du bist dir noch nicht sicher, sammelst noch Informationen zu einem Thema und möchtest etwas erfahren.

Wie formulierst du also, wenn du jemandem etwas von dir mitteilen möchtest? Fragst du oder triffst du eine Aussage? Und wie sprichst du, wenn du eine Information erhalten möchtest?

Einige Menschen fragen nicht um Informationen zu erhalten, sondern um sich selbst in den Vordergrund zu rücken oder um andere Menschen zu manipulieren. **Wenn Aussagen als Fragen formuliert werden und umgekehrt, oder wenn eine Aussage an einer Stelle ausgesprochen wird, wo eigentlich eine Frage angebracht wäre und umgekehrt, kann das Gegenüber verwirrt sein, und die Verständigung wird erschwert**.

Iris hat gekocht, ohne Rolf vorher zu fragen, ob er Hunger hat. Sie sagt zu ihm: „Du hast doch auch bestimmt Hunger.“ Es besteht keine wahre Verbindung zwischen Iris und Rolf, sondern eine Vermutung (Iris glaubt, Rolf habe Hunger) steht zwischen den beiden.

Soll ein wahrhaftiger Dialog geführt werden, müsste Iris anders anfangen: „Ich habe vermutet, dass du Hunger hast und habe schon mal gekocht“. Oder: „Ich habe gekocht. Hast du Hunger?“ Iris muss jetzt damit rechnen, dass Rolf sagt, er habe keinen Hunger. Die Verantwortung liegt bei Iris. Es ist in Ordnung, wenn Rolf keinen Hunger hat.

> Ich-Sätze: „Ich wünsche, denke, fühle, vermute, glaube …“

Sagt Iris: „Du hast doch auch bestimmt Hunger“, kann darin eine unausgesprochene Erwartung liegen. Lehnt Rolf ab, kann dies enttäuschen. Klarer wäre beispielsweise: „Ich möchte gleich essen. Möchtest du auch etwas?“ Die eigene Absicht auszusprechen und die Antwort gelten zu lassen erleichtert die Verständigung. Eine einzelne Satzmelodie beweist weder Authentizität noch Manipulation.

> „Worte sind Fenster – oder sie sind Mauern.“ (Ruth Bebermeyer, zitiert nach Rosenberg, 2016)

12. Selbsterfahrung, kollegiale Beratung und Transfer

Die folgenden Übungen bündeln den Lernweg der sechs Module: Wissen hilft beim Verstehen, eine respektvolle Beziehung ermöglicht Zusammenarbeit, Stabilisierung erhält Handlungsspielräume, klare Grenzen sichern den Auftrag und kontinuierliche Reflexion verbindet Person, Fachkraft und Institution. Selbsterfahrung dient dem Kennenlernen eigener Reaktionen und Ressourcen. Sie ist keine Traumatherapie und verlangt keine Offenlegung persönlicher Gewalterfahrungen (DeGPT/FVTP, 2025).

Selbsterfahrung: Meine professionelle Rolle

Wählen Sie für sich eine wenig belastende berufliche Situation oder die fiktive Vignette aus diesem Modul. Nehmen Sie sich fünf Minuten für vier Fragen: Was habe ich unmittelbar beobachtet? Was habe ich gefühlt und im Körper wahrgenommen? Welche spontane Rolle wollte ich übernehmen – etwa retten, kontrollieren, mich zurückziehen oder vermitteln? Was hilft mir, meine tatsächliche Aufgabe zu erfüllen? Notizen bleiben privat. In der Gruppe werden nur selbst gewählte Lernerkenntnisse geteilt.

Biografische Vertiefung ist eine Einladung: Welche früheren Erfahrungen mit Verantwortung, Nähe, Autorität oder Anerkennung beeinflussen möglicherweise meine berufliche Haltung? Welche davon sind Ressourcen? Welche Grenze möchte ich heute anders gestalten? Sie dürfen die Frage auslassen oder durch eine Betrachtung der aktuellen Arbeitsbedingungen ersetzen. Ein Stopp wird ohne Begründung akzeptiert. Die Kursleitung bietet bei Bedarf einen diskreten Kontakt und eine passende Weitervermittlung an.

Interaktionsanalyse ohne Schuldzuweisung

Arbeiten Sie in Zweiergruppen mit einer anonymisierten, wenig belastenden oder fiktiven Szene. Trennen Sie zunächst Beobachtung und Deutung. Beschreiben Sie danach Ihre Gefühle, Körperreaktionen und Handlungsimpulse. Formulieren Sie mindestens zwei mögliche Erklärungen, darunter eine situative oder institutionelle. Prüfen Sie anschließend: Was könnte die andere Person erlebt oder gebraucht haben, ohne dass wir es sicher wissen? Welcher nächste Schritt wäre transparent, respektvoll und innerhalb des Auftrags? Holen Sie nach Möglichkeit die tatsächliche Sicht der begleiteten Person ein. Die Analyse prüft Hypothesen, sie diagnostiziert keine verborgenen Motive.

Kollegiale Fallberatung in sechs Schritten

1. **Auftrag und Schutz klären:** Eine Person bringt einen datensparsam anonymisierten oder fiktiven Fall ein, formuliert ihre Frage und benennt Grenzen. Moderation, Zeitrahmen und Vertraulichkeit werden vereinbart.
2. **Sachverhalt darstellen:** Kontext, Anliegen der begleiteten Person, Ressourcen, bisherige Schritte und institutioneller Auftrag werden knapp beschrieben. Die Gruppe hört zunächst zu.
3. **Verständnisfragen sammeln:** Nur Fragen zu fehlenden Informationen; noch keine Lösungen oder Bewertungen. Unbekanntes darf unbekannt bleiben.

4. **Perspektiven öffnen:** Hypothesen zu Beziehung, Situation und Institution werden ausdrücklich als Möglichkeiten formuliert. Die Rechte, Wünsche und Ressourcen der begleiteten Person bleiben Bezugspunkt.
5. **Handlungsoptionen entwickeln:** Kleine, überprüfbare Schritte mit Zuständigkeit, erforderlicher Zustimmung, erreichbarer Hilfe und Abbruch- oder Eskalationskriterien sammeln. Die fallgebende Person wählt selbst.
6. **Transfer und Rückmeldung vereinbaren:** Wer tut was bis wann? Welche Rückmeldung der begleiteten Person wird eingeholt? Was muss in Supervision oder auf Leitungsebene weiterbearbeitet werden? Die Gruppe beendet die Beratung mit einer kurzen Rückmeldung zum Prozess.

Kollegiale Beratung ersetzt weder einen akuten Krisenweg noch qualifizierte Supervision. Bei schwerer Gefährdung wird die erforderliche Hilfe unmittelbar organisiert. Persönliche Überlastung wird nicht zum Fallproblem der Klientin oder des Klienten umgedeutet.

Persönlicher und institutioneller Transferplan

Erstellen Sie einen Plan mit drei Ebenen. Persönlich: Woran bemerke ich Überlastung, welche kurze Maßnahme hilft mir, und wann hole ich fachliche Unterstützung? Im Team: Wer ist erreichbar, wie werden Vertretung und kollegiale Rücksprache geregelt? Institutionell: Welche Veränderung an Arbeitsmenge, Zuständigkeit, Sicherheit oder Ressourcen benötigt eine Leitungsentscheidung? Ergänzen Sie je einen konkreten Schritt, eine verantwortliche Person und einen Überprüfungstermin. Der Plan wird nach vier bis sechs Wochen aktualisiert; er ist kein Versprechen ständiger Belastbarkeit.

13. Supervision und Abschluss nach dem gemeinsamen Curriculum

Die schriftliche Bearbeitung der Basisinhalte ersetzt keine praktischen Übungen, Selbsterfahrung, Supervision oder formalen Leistungsnachweise. Das gemeinsame Basisprogramm umfasst 96 Unterrichtseinheiten; eine Unterrichtseinheit entspricht 45 Minuten. Die gesonderten Schwerpunktmodule 6a und 6b sind in dieser Skriptreihe bewusst nicht enthalten. Für einen vollständigen Einzelabschluss sieht das Curriculum insgesamt mindestens 150 UE einschließlich eines Schwerpunktes und der Supervision vor, für einen Doppelabschluss 180 UE (DeGPT/FVTP, 2025).

Fachspezifische Supervision (24 UE)

In der Weiterbildung werden eigene vorbereitete Fälle aus dem jeweiligen Arbeitsauftrag supervidiert. Ziel sind aufgabenbezogene, rollenbezogene und persönliche Selbstreflexion sowie nachvollziehbare nächste Schritte. Die 24 UE finden als zeitlich und räumlich identifizierbare eigenständige Einheiten am zertifizierten Institut im Rahmen der Weiterbildung statt. Kurze Fallsequenzen im Theorieunterricht werden nicht nachträglich zu Supervision addiert. Externe Arbeitsplatzsupervision ersetzt diesen Nachweis nicht.

Möglich sind Einzel- oder Gruppensupervision mit höchstens neun Teilnehmenden je Supervisor:in. Die leitende Person muss entsprechend den Curriculumsvorgaben als Dozent:in anerkannt sein und mindestens drei Jahre Erfahrung in einschlägiger Supervision und Fallbesprechung besitzen. Bei einem Doppelabschluss müssen beide Schwerpunkte abgedeckt werden; andernfalls sind acht zusätzliche UE im fehlenden Schwerpunkt erforderlich (DeGPT/FVTP, 2025).

Vorbereitung eines Falles: Beschreiben Sie anonymisiert Arbeitsfeld und Auftrag, Sicht und Ziele der begleiteten Person, relevante Ressourcen und Belastungen, bisherige Beziehungsgestaltung, aktuelle Sicherheit, institutionelle Bedingungen und Ihre eigene Frage. Benennen Sie Gefühle oder Rollenkonflikte nur in dem für die Reflexion notwendigen Umfang. Dokumentieren Sie anschließend die vereinbarten Schritte, deren Umsetzung und eine angemessene Rückmeldung der begleiteten Person.

Abschlussnachweise nachvollziehbar gestalten

Für den Einzelabschluss sind ein Projekt und ein anonymisierter Fall jeweils schriftlich und mündlich nach dem Schema des Instituts darzustellen. Originaldokumente müssen die Arbeit nachvollziehbar belegen. Datenschutz, Datenminimierung und erforderliche Einwilligungen sind vor der Nutzung von Material zu klären; Audio, Video oder Bilder sind keine beiläufig verfügbare Lehrressource. Das Curriculum sieht vor, ein kurzes ausdrückliches Feedback von Klient:innen aus ihrer eigenen Erfahrungsperspektive einzuholen und zu dokumentieren.

Ein Feedback kann beispielsweise fragen: „Was war für Sie hilfreich? Was war wenig hilfreich oder unangenehm? Was sollte beim nächsten Mal anders sein?“ Es wird freiwillig und zugänglich eingeholt, etwa mündlich, schriftlich, mit Bildern oder geeigneter Kommunikationshilfe. Ablehnung darf keinen Nachteil auslösen. Falls ein Feedback nicht erreichbar oder fachlich unvertretbar ist, wird dies transparent begründet und nicht durch eine erfundene Klientenperspektive ersetzt.

Beim Doppelabschluss kann das Projekt im zweiten Schwerpunkt entfallen; die zusätzliche Falldarstellung muss den zweiten Schwerpunkt nachvollziehbar abdecken. Ob alle formalen Zulassungs-, Durchführungs- und Abschlussvorgaben erfüllt sind, prüft das zuständige Institut. Grundlage dieses Kapitels ist das gemeinsame Curriculum (DeGPT/FVTP, 2025).

14. Literatur

Aufgeführt sind alle im Text zitierten Quellen. Historische und theoretische Grundlagen werden als solche eingeordnet; für aktuelle diagnostische und klinische Aussagen sind die aktuellen Klassifikationen und Leitlinien maßgeblich.

Alarcon, G., Eschleman, K. J. und Bowling, N. A. (2009). Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis. Work & Stress, 23(3), 244–263. https://doi.org/10.1080/02678370903282600

American Academy of Sleep Medicine (AASM) (o. J.). How much sleep you need and the health risks of too little sleep. https://support.aasm.org/how-much-sleep-you-need-and-the-health-risks-of-too-little-sleep (abgerufen am 26.10.2026).

Antonovsky, A. (1987). Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass. – Dt.: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit (hrsg. von A. Franke). Tübingen: dgvt, 1997.

Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG). Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit, § 5 Beurteilung der Arbeitsbedingungen (Abs. 3 Nr. 6: psychische Belastungen bei der Arbeit). https://www.gesetze-im-internet.de/arbschg/__5.html (abgerufen am 26.10.2026).

Arnold, D., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. und Cann, A. (2005). Vicarious posttraumatic growth in psychotherapy. Journal of Humanistic Psychology, 45(2), 239–263. https://doi.org/10.1177/0022167805274729

Aronsson, G., Theorell, T., Grape, T., Hammarström, A., Hogstedt, C., Marteinsdottir, I., Skoog, I., Träskman-Bendz, L. und Hall, C. (2017). A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. BMC Public Health, 17, 264. https://doi.org/10.1186/s12889-017-4153-7

Bakker, G. M. (2013). The current status of energy psychology: Extraordinary claims with less than ordinary evidence. Clinical Psychologist, 17(3), 91–99. https://doi.org/10.1111/cp.12020

Bakusic, J., Schaufeli, W., Claes, S. und Godderis, L. (2017). Stress, burnout and depression: A systematic review on DNA methylation mechanisms. Journal of Psychosomatic Research, 92, 34–44. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.11.005

Bauer, J. (2006). Prinzip Menschlichkeit. Warum wir von Natur aus kooperieren. Hamburg: Hoffmann und Campe.

Bergner, T. (2016). Burnout-Prävention. Erschöpfung verhindern – Energie aufbauen. Selbsthilfe in 12 Stufen (3., überarb. und aktualisierte Aufl.). Stuttgart: Schattauer.

Berridge, K. C. und Kringelbach, M. L. (2015). Pleasure systems in the brain. Neuron, 86(3), 646–664. https://doi.org/10.1016/j.neuron.2015.02.018

Bienertova-Vasku, J., Lenart, P. und Scheringer, M. (2020). Eustress and distress: Neither good nor bad, but rather the same? BioEssays, 42(7), e1900238. https://doi.org/10.1002/bies.201900238

Blom, V., Bergström, G., Hallsten, L., Bodin, L. und Svedberg, P. (2012). Genetic susceptibility to burnout in a Swedish twin cohort. European Journal of Epidemiology, 27(3), 225–231. https://doi.org/10.1007/s10654-012-9661-2

Bohne, M. (2019). Klopfen mit PEP. Prozess- und Embodimentfokussierte Psychologie in Therapie und Coaching. Heidelberg: Carl-Auer.

Britton, W. B., Lindahl, J. R., Cooper, D. J., Canby, N. K. und Palitsky, R. (2021). Defining and measuring meditation-related adverse effects in mindfulness-based programs. Clinical Psychological Science, 9(6), 1185–1204. https://doi.org/10.1177/2167702621996340

Buckley, L. und Humphrey, M. B. (2018). Glucocorticoid-induced osteoporosis. New England Journal of Medicine, 379(26), 2547–2556. https://doi.org/10.1056/NEJMcp1800214

Cannon, W. B. (1915). Bodily changes in pain, hunger, fear and rage. New York: Appleton.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2024). About sleep. Stand 15.05.2024. https://www.cdc.gov/sleep/about/index.html (abgerufen am 26.10.2026).

Church, D., Stapleton, P., Yang, A. und Gallo, F. (2018). Is tapping on acupuncture points an active ingredient in Emotional Freedom Techniques? A systematic review and meta-analysis of comparative studies. The Journal of Nervous and Mental Disease, 206(10), 783–793. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000878

Csikszentmihalyi, M. (2004). Flow im Beruf. Das Geheimnis des Glücks am Arbeitsplatz. Stuttgart: Klett-Cotta. (Original: Good business, 2003)

DAK-Gesundheit (2026). DAK-Psychreport 2026. Auswertung der Arbeitsunfähigkeitsdaten 2025 von rund 2,4 Millionen erwerbstätigen DAK-Versicherten. Hamburg: DAK-Gesundheit. https://www.dak.de/dak/unternehmen/reporte-forschung/psychreport-2026_163000 (abgerufen am 28.10.2026).

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) (2022). S3-Leitlinie Müdigkeit. AWMF-Registernummer 053-002. https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/053-002

Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) (Hrsg.) (2025). S3-Leitlinie Insomnie bei Erwachsenen – Update 2025. Version 2.0, AWMF-Registernummer 063-003. https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/063-003

Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) (federführend) (2026). S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Langfassung, Version 7.0, Fassung vom 27.02.2026. AWMF-Registernummer 155-001. https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/155-001

Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) und Fachverband Traumapädagogik (FVTP) (2025). Curriculum Traumapädagogik und Traumazentrierte Fachberatung. Gemeinsames Curriculum; Basisabschnitte 1–5, Supervision und Abschluss. https://www.degpt.de/fileadmin/all_user/download/weiterbildung-und-curricula/2025_FVTP_DeGPT_Curriculum_Traumapaedagogik_Traumazentrierte_Fachberatung.pdf

Dimitrov, S., Lange, T., Gouttefangeas, C. et al. (2019). Gαs-coupled receptor signaling and sleep regulate integrin activation of human antigen-specific T cells. Journal of Experimental Medicine, 216(3), 517–526. https://doi.org/10.1084/jem.20181169

Eckert, M. und Tarnowski, T. (2017). Stress- und Emotionsregulation. Trainingsmanual zum Programm Stark im Stress. Weinheim: Beltz. (2., überarb. Aufl. 2022)

Farias, M., Maraldi, E., Wallenkampf, K. C. und Lucchetti, G. (2020). Adverse events in meditation practices and meditation-based therapies: A systematic review. Acta Psychiatrica Scandinavica, 142(5), 374–393. https://doi.org/10.1111/acps.13225

Fengler, J. (2008). Helfen macht müde. Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation (7. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

Figley, C. R. (Hrsg.) (1995). Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. New York: Brunner/Mazel.

Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. Journal of Social Issues, 30(1), 159–165. https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x

Freudenberger, H. J. und North, G. (1992). Burn-out bei Frauen. Über das Gefühl des Ausgebranntseins. Frankfurt am Main: Krüger. (Original: Women's burnout, 1985)

Ghadri, J.-R., Sarcon, A., Diekmann, J. et al. (2016). Happy heart syndrome: Role of positive emotional stress in takotsubo syndrome. European Heart Journal, 37(37), 2823–2829. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv757

Ghadri, J.-R., Wittstein, I. S., Prasad, A. et al. (2018). International expert consensus document on Takotsubo syndrome (Part I): Clinical characteristics, diagnostic criteria, and pathophysiology. European Heart Journal, 39(22), 2032–2046. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy076

Goleman, D. (1996). EQ. Emotionale Intelligenz. München: Hanser. (Original: Emotional intelligence, 1995)

Gollwitzer, P. M. (1999). Implementation intentions: Strong effects of simple plans. American Psychologist, 54(7), 493–503. https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.7.493

Grawe, K. (2004). Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

Halbesleben, J. R. B. (2006). Sources of social support and burnout: A meta-analytic test of the conservation of resources model. Journal of Applied Psychology, 91(5), 1134–1145. https://doi.org/10.1037/0021-9010.91.5.1134

Hensel, J. M., Ruiz, C., Finney, C. und Dewa, C. S. (2015). Meta-analysis of risk factors for secondary traumatic stress in therapeutic work with trauma victims. Journal of Traumatic Stress, 28(2), 83–91. https://doi.org/10.1002/jts.21998

Hernández, P., Gangsei, D. und Engstrom, D. (2007). Vicarious resilience: A new concept in work with those who survive trauma. Family Process, 46(2), 229–241. https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2007.00206.x

Hoge, E. A., Bui, E., Mete, M., Dutton, M. A., Baker, A. W. und Simon, N. M. (2023). Mindfulness-based stress reduction vs escitalopram for the treatment of adults with anxiety disorders: A randomized clinical trial. JAMA Psychiatry, 80(1), 13–21. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.3679

Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T. und Lazar, S. W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. Psychiatry Research: Neuroimaging, 191(1), 36–43. https://doi.org/10.1016/j.pscychresns.2010.08.006

Horsthemke, B. (2018). A critical view on transgenerational epigenetic inheritance in humans. Nature Communications, 9, 2973. https://doi.org/10.1038/s41467-018-05445-5

Huber, M. (2003). Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung, Teil 2. Paderborn: Junfermann.

Huber, M. (2011). Viele sein. Ein Handbuch. Komplextrauma und dissoziative Identität – verstehen, verändern, behandeln. Paderborn: Junfermann.

Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. General Hospital Psychiatry, 4(1), 33–47. https://doi.org/10.1016/0163-8343(82)90026-3

Kahler, T. (1975). Drivers: The key to the process of scripts. Transactional Analysis Journal, 5(3), 280–284. https://doi.org/10.1177/036215377500500318

Kernis, M. H. und Goldman, B. M. (2006). A multicomponent conceptualization of authenticity: Theory and research. Advances in Experimental Social Psychology, 38, 283–357. https://doi.org/10.1016/S0065-2601(06)38006-9

Kozlowska, K., Walker, P., McLean, L. und Carrive, P. (2015). Fear and the defense cascade: Clinical implications and management. Harvard Review of Psychiatry, 23(4), 263–287. https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000065

Kral, T. R. A., Davis, K., Korponay, C. et al. (2022). Absence of structural brain changes from mindfulness-based stress reduction: Two combined randomized controlled trials. Science Advances, 8(20), eabk3316. https://doi.org/10.1126/sciadv.abk3316

Lazarus, R. S. und Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.

Le Fevre, M., Matheny, J. und Kolt, G. S. (2003). Eustress, distress, and interpretation in occupational stress. Journal of Managerial Psychology, 18(7), 726–744. https://doi.org/10.1108/02683940310502412

Luborsky, L., Diguer, L., Seligman, D. A., Rosenthal, R., Krause, E. D., Johnson, S., Halperin, G., Bishop, M., Berman, J. S. und Schweizer, E. (1999). The researcher's own therapy allegiances: A "wild card" in comparisons of treatment efficacy. Clinical Psychology: Science and Practice, 6(1), 95–106. https://doi.org/10.1093/clipsy.6.1.95

Maslach, C. und Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behaviour, 2(2), 99–113. https://doi.org/10.1002/job.4030020205

Maslach, C. und Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. World Psychiatry, 15(2), 103–111. https://doi.org/10.1002/wps.20311

McCann, I. L. und Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. Journal of Traumatic Stress, 3(1), 131–149. https://doi.org/10.1007/BF00975140

McEwen, B. S. (2017). Neurobiological and systemic effects of chronic stress. Chronic Stress, 1. https://doi.org/10.1177/2470547017692328

Miao, A., Luo, T., Hsieh, B., Edge, C. J., Gridley, M., Wong, R. T. C., Constandinou, T. G., Wisden, W. und Franks, N. P. (2024). Brain clearance is reduced during sleep and anesthesia. Nature Neuroscience, 27(6), 1046–1050. https://doi.org/10.1038/s41593-024-01638-y

Mind Garden (o. J.). Maslach Burnout Inventory (MBI). Autor:innen: C. Maslach, S. E. Jackson, M. P. Leiter, W. B. Schaufeli und R. L. Schwab. https://www.mindgarden.com/117-maslach-burnout-inventory-mbi (abgerufen am 26.10.2026).

National Child Traumatic Stress Network (NCTSN), Secondary Traumatic Stress Committee (2011). Secondary traumatic stress: A fact sheet for child-serving professionals. Los Angeles und Durham: National Center for Child Traumatic Stress.

https://www.nctsn.org/resources/secondary-traumatic-stress-fact-sheet-child-serving-professionals

National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) (2022). How much sleep is enough? Stand 24.03.2022. https://www.nhlbi.nih.gov/health/sleep/how-much-sleep (abgerufen am 26.10.2026).

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK) (2022). Symptoms & causes of peptic ulcers (stomach or duodenal ulcers). Stand September 2022. https://www.niddk.nih.gov/health-information/digestive-diseases/peptic-ulcers-stomach-ulcers/symptoms-causes (abgerufen am 26.10.2026).

National Institute on Deafness and Other Communication Disorders (NIDCD) (2018). Sudden deafness. NIH Publication No. 00-4757. https://www.nidcd.nih.gov/health/sudden-deafness (abgerufen am 26.10.2026).

Nave, G., Camerer, C. und McCullough, M. (2015). Does oxytocin increase trust in humans? A critical review of research. Perspectives on Psychological Science, 10(6), 772–789. https://doi.org/10.1177/1745691615600138

Oettingen, G. (2015). Die Psychologie des Gelingens. München: Pattloch. (Original: Rethinking positive thinking, 2014)

Ohayon, M. M., Carskadon, M. A., Guilleminault, C. und Vitiello, M. V. (2004). Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: Developing normative sleep values across the human lifespan. Sleep, 27(7), 1255–1273. https://doi.org/10.1093/sleep/27.7.1255

Panagioti, M., Panagopoulou, E., Bower, P., Lewith, G., Kontopantelis, E., Chew-Graham, C., Dawson, S., van Marwijk, H., Geraghty, K. und Esmail, A. (2017). Controlled interventions to reduce burnout in physicians: A systematic review and meta-analysis. JAMA Internal Medicine, 177(2), 195–205. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.7674

Reddemann, L. (2001). Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

Reddemann, L. (2004). Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Hrsg.), Psychology: A study of a science. Vol. 3: Formulations of the person and the social context (S. 184–256). New York: McGraw-Hill.

Rogers, C. R. (1961). On becoming a person. Boston: Houghton Mifflin. – Dt.: Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten. Stuttgart: Klett-Cotta, 1973.

Rosenberg, M. B. (2016). Gewaltfreie Kommunikation. Eine Sprache des Lebens (12., überarb. und erw. Aufl.). Paderborn: Junfermann.

Ruch, F. L. und Zimbardo, P. G. (1974). Lehrbuch der Psychologie. Eine Einführung für Studenten der Psychologie, Medizin und Pädagogik. Berlin, Heidelberg: Springer.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G. und Teasdale, J. D. (2013). Mindfulness-based cognitive therapy for depression (2. Aufl.). New York: Guilford Press.

Segerstrom, S. C. und Miller, G. E. (2004). Psychological stress and the human immune system: A meta-analytic study of 30 years of inquiry. Psychological Bulletin, 130(4), 601–630. https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.4.601

Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. Nature, 138(3479), 32. https://doi.org/10.1038/138032a0

Selye, H. (1946). The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. Journal of Clinical Endocrinology, 6(2), 117–230. https://doi.org/10.1210/jcem-6-2-117

Selye, H. (1974). Stress without distress. Philadelphia: Lippincott. – Dt.: Stress. Bewältigung und Lebensgewinn. München: Piper, 1974.

Siegel, D. J. (2007). The mindful brain: Reflection and attunement in the cultivation of well-being. New York: W. W. Norton. – Dt.: Das achtsame Gehirn. Freiamt: Arbor, 2007.

Singer, T. und Klimecki, O. M. (2014). Empathy and compassion. Current Biology, 24(18), R875–R878. https://doi.org/10.1016/j.cub.2014.06.054

Stiftung Bündner Standard (o. J.). Bündner Standard. Instrument zur Prävention und Bearbeitung von Grenzverletzungen. https://www.buendner-standard.ch/de (abgerufen am 26.10.2026).

Storch, M., Krause, F. und Weber, J. (2022). Selbstmanagement – ressourcenorientiert. Theoretische Grundlagen und Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcen Modell (ZRM®) (7., überarb. Aufl.). Bern: Hogrefe.

Templin, C., Hänggi, J., Klein, C. et al. (2019). Altered limbic and autonomic processing supports brain-heart axis in Takotsubo syndrome. European Heart Journal, 40(15), 1183–1187. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz068

Ulrich-Lai, Y. M. und Herman, J. P. (2009). Neural regulation of endocrine and autonomic stress responses. Nature Reviews Neuroscience, 10(6), 397–409. https://doi.org/10.1038/nrn2647

Wacker, R. und Dziobek, I. (2018). Preventing empathic distress and social stressors at work through nonviolent communication training: A field study with health professionals. Journal of Occupational Health Psychology, 23(1), 141–150. https://doi.org/10.1037/ocp0000058

Watzlawick, P., Beavin, J. H. und Jackson, D. D. (1969). Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Bern: Huber. (Original: Pragmatics of human communication, 1967; 13. Aufl. Bern: Hogrefe, 2017)

West, C. P., Dyrbye, L. N., Erwin, P. J. und Shanafelt, T. D. (2016). Interventions to prevent and reduce physician burnout: A systematic review and meta-analysis. The Lancet, 388(10057), 2272–2281. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31279-X

Wittfoth, D., Beise, J., Manuel, J., Bohne, M. und Wittfoth, M. (2022). Bifocal emotion regulation through acupoint tapping in fear of flying. NeuroImage: Clinical, 34, 102996. https://doi.org/10.1016/j.nicl.2022.102996

World Health Organization (WHO) (2019). Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases. Meldung vom 28.05.2019. https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases (abgerufen am 26.10.2026).

World Health Organization (WHO) (2022). WHO guidelines on mental health at work. Genf: WHO. ISBN 978-92-4-005305-2. https://www.who.int/publications/i/item/9789240053052