

Barbara Volgger, Anton-Rupert Laireiter & Joachim Sauer

Burnout bei PsychotherapeutInnen: Eine Studie bei Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen in Österreich

Zusammenfassung: Burnout ist ein häufig beobachtetes Problem psychosozialer Helferberufe. Da bisher klientenzentrierte PsychotherapeutInnen kaum untersucht wurden, wurde eine Totalerhebung dieser Gruppe (N=535) in Österreich mittels DPCCQ (SPR-Collaborative Research Network-Common Core Questionnaire), der das Maslach-Burnout-Inventary (MBI) als Burnout-Indikator enthält, durchgeführt. 101 TherapeutInnen (=20,8%) beantworteten die postalische Befragung. Die Ausprägung von Burnout war insgesamt gering: Ca. 8% berichteten von hoher und weitere 25% von mittlerer emotionaler Erschöpfung. Bivariate Analysen zeigten signifikante Zusammenhänge zwischen Burnout und der wahrgenommenen Kontrolle über wichtige Arbeitsbedingungen, der Anzahl behandelter PatientInnen, der Zufriedenheit mit der therapeutischen Tätigkeit und den zur Bewältigung von Arbeitsbelastungen eingesetzten Strategien. Keine Effekte konnten für Geschlecht, Alter, Erfahrung und institutionelle Zugehörigkeit sowie die wahrgenommene Soziale Unterstützung gefunden werden. Multivariate Auswertungen (Regressionsanalysen) erbrachten, dass Burnout offensichtlich durch eine Balance aus belastenden und protektiven Bedingungen bestimmt wird: „Zufriedenheit mit der therapeutischen Tätigkeit“ erwies sich als Burnout protektiv, „Mangel an Kontrolle über die PatientInnenauswahl“, die Anzahl behandelter PatientInnen und negatives Coping waren Burnout fördernd.

Schlüsselwörter: Psychotherapie, Burnout, Klientenzentrierte Psychotherapie, Selbsterfahrung, Supervision

Abstract: Burnout in psychotherapists. A study with client-centred therapists in Austria. Burn-out is a problem often experienced by professional helpers. Because until recently client-centred psychotherapists have rarely been subject to research, a group in Austria was studied using the Maslach Burnout Inventory and the German version of the “Development of Psychotherapists-Common Core Questionnaire” (DPCCQ). These were developed by Orlinsky and his coworkers from the Society of Psychotherapy Research (SPR) as a measure for the determinants of burnout. 20.8% (n=101) of the original sample (N=535) took part in the study. Client-centred therapists obviously do not suffer very intensely from burnout: Approximately 8% reported having intense feelings of emotional exhaustion and another 25% to have mild to moderate ones. Objective variables such as gender, age, family status and professional training do not influence burnout, nor do other variables such as perceived social support, personal therapy and supervision in the past and at present. However, job-satisfaction, the number of patients in therapy, having control over important working conditions and a negative coping style with work-stress, correlated highly with burnout. Linear regression analyses led to the conclusion that burnout obviously is influenced by stressful conditions as well as by protective ones. “Satisfaction with their therapeutic work” was the most important protective factor; the “number of patients”, “not having control over the selection of their patients” and “avoidant and passive coping behaviours” were the factors which induced burnout the most.

Keywords: Psychotherapy, burnout, Client-centred therapy, supervision, personal therapy

Einleitung

Da Aspekte der Person der TherapeutIn für den Erfolg einer Psychotherapie eine große Rolle spielen (vgl. Beutler, 1997; Lambert & Okiishi, 1997), und mittlerweile auch gut belegt ist, dass die therapeutische Qualität und Effektivität während Phasen emotionaler Schwierigkeiten der TherapeutIn abnimmt (Beutler et al., 2004), kommt der Erforschung von Variablen, welche in diesem Sinne auf die Befindlichkeit der TherapeutIn Einfluss nehmen, entscheidende Bedeutung zu. Eine Variable, die im Zusammenhang mit der emo-

tionalen Stabilität und der Fähigkeit, basale zwischenmenschliche Variablen zu realisieren, immer wieder genannt wird, ist das berufliche Burnout (Burisch, 1994; Edelwich & Brodsky, 1984; Enzmann & Kleiber, 1989). Interessant ist aber, dass es sowohl international wie auch besonders im deutschsprachigen Raum nicht allzu viele Studien zur Prävalenz und den Determinanten dieses Phänomens bei PsychotherapeutInnen gibt, insbesondere auch bei klientenzentrierten (Maslach, 1982). Die vorliegende Studie ist daher diesem Problem gewidmet.

Burnout bei PsychotherapeutInnen

Nachdem das Phänomen „Burnout“ bereits in den 30er und 40er Jahren bei ProfisportlerInnen, Militärs und GefängnisaufseherInnen in Ansätzen beschrieben worden war, gewann es ab den 60er Jahren im Bereich professioneller Helfer zunehmend an Bedeutung (Burisch, 1994). Als Beginn der wissenschaftlichen Auseinandersetzung in diesem Bereich wird die Veröffentlichung von Freudenberger (1974) angesehen, in der der systematische psychische und physische Abbau von ursprünglich engagierten und hoch motivierten MitarbeiterInnen von therapeutischen Wohngemeinschaften, Kriseninterventions- und Gemeindepsychiatrie-Zentren beschrieben wird. Leider hat in der Folge die vielfältige Verwendung des Begriffs zu einem Bedeutungsverfall geführt und Burnout zu einem Modewort gemacht.

Im Sinne heute diskutierter Vorstellungen (s. Enzmann & Kleiber, 1989; Maslach & Jackson, 1984; Pines, 1993) ist Burnout als Syndrom mit folgenden Komponenten zu definieren: Verlust an Energie, emotionale und geistige Erschöpfung/Frustration, reduzierte persönliche und professionelle Leistungsfähigkeit, Gefühle der Entfremdung von eigenen Zielen und Werten, Desillusionierung, Verlust der Verpflichtetheit und des Sinns in der Arbeit und Depersonalisierung/Dehumanisierung. Die Entstehung von Burnout dürfte durch unrealistische Anforderungen und Erwartungen an die eigene Leistungsfähigkeit, zwischenmenschliche Verausgabungen in helfenden Interaktionen und durch berufliche Belastungen begründet sein. Nach Edelwich und Brodsky (1984) entsteht Burnout aber erst durch lang anhaltende und intensive, jedoch erfolglose Versuche, die genannten Anforderungen und Standards unter Aufbietung aller Kräfte zu erfüllen und die persönliche Wirksamkeit aufrecht zu erhalten (ausführlicher bei Enzmann & Kleiber, 1989; Volgger, 2002). Wenngleich der Begriff eine inhaltliche Nähe zu einer Reihe anderer Phänomene wie Stress, Depression, Entfremdung, Angst, Arbeits(un)zufriedenheit etc. besitzt, wird allgemein seine theoretische Unabhängigkeit betont: Burnout steht in Zusammenhang mit spezifischen Belastungen – emotional beanspruchende KlientInnen-Interaktionen und Misserfolgserlebnisse in sozialen Berufen – nicht mit Stress im Allgemeinen. Charakteristisch ist der intensive Versuch, die beruflichen Anforderungen zu erfüllen; dementsprechend ist Arbeitsunzufriedenheit keine primäre Komponente; es ist auch keine psychische Störung, sondern ein präklinisches Phänomen (Maslach & Jackson, 1984). Empirische Studien belegen diese Annahmen (Maslach & Jackson, 1986).

Trotz verschiedener Studien ist eine exakte Festlegung der Prävalenz von Burnout bei PsychotherapeutInnen aus verschiedenen Gründen schwierig, insbesondere wegen des Fehlens groß angelegter repräsentativer Studien und entsprechend adäquater Kriterien zur Bestimmung der Häufigkeit. International wird zwar das „Maslach Burnout-Inventory“ (MBI) (Maslach & Jackson, 1986) häufig verwendet, seine Cut-off-Werte zur Bestimmung des

Ausmaßes an Burnout sind aber empirisch nicht gesichert, zudem kamen in unterschiedlichen Studien verschiedene Algorithmen zur Anwendung (Summenwerte der Erschöpfungsskala vs. Summierung aller drei Skalen). Trotz dieser methodischen Probleme kann als allgemeines Ergebnis der bisherigen Forschung festgehalten werden, dass PsychotherapeutInnen und psychotherapeutisch tätige PsychologInnen offensichtlich ein relativ niedriges Burnout-Niveau besitzen, das zwischen 2% und 10% starker Ausprägung im MBI liegt (Ambühl, 1997; Enzmann & Kleiber, 1989; Farber, 1990; Putz, 2001; Schwab & Liese, 2000; Volgger, 2002; Willutzki & Ambühl, 1993; Willutzki et al., 1997). Unter Berücksichtigung der Werte für mittlere Ausprägungen stieg die Prävalenz auf 10% bis 30% an.

Die *Determinanten des Burnout* sind einerseits Risikofaktoren, die mit erhöhten Burnout-Werten assoziiert sind, und andererseits protektive Variablen, die das Risiko reduzieren. Für das *Risiko für Burnout* ist folgender Forschungsstand zu berichten: Bei den Personalmerkmalen scheinen das Geschlecht der TherapeutInnen und deren Alter keinen konsistenten Einfluss zu besitzen (Ackerley et al., 1988; Raquepaw & Miller, 1989; Schwab & Liese, 2000), auch nicht der Idealismus (Enzmann & Kleiber, 1989), wohl aber emotionale Instabilität, Introvertiertheit und Defizite im Selbstwertgefühl (Schwab & Liese, 2000).

Hingegen dürften Arbeits- und Tätigkeitsmerkmale sehr bedeutsam für die Burnout-Entstehung sein, insbesondere die Dauer der beruflichen Tätigkeit (Raquepaw & Miller, 1989): BerufseinsteigerInnen und psychotherapeutisch nur kurz Tätige sind stärker Burnout-gefährdet als erfahrenere TherapeutInnen (Ackerley et al., 1988; Willutzki et al., 1997; Enzmann & Kleiber, 1989). Als ebenfalls risikoträchtig konnten berufliche Überforderung, Zeit- und Verantwortungsdruck, mangelndes Feedback, Rollen- und Anforderungsunklarheiten sowie unklare Erfolgskriterien in der Arbeit identifiziert werden (Enzmann & Kleiber, 1989; Maslach & Jackson, 1984). Die erwähnten Belastungen könnten ein Grund dafür sein, dass sich in Institutionen tätige PsychologInnen und PsychotherapeutInnen in allen diesbezüglichen Studien als bei weitem stärker Burnout-belastet erwiesen als solche, die ambulant oder in privaten Praxen tätig waren (Ackerley et al., 1988; Farber, 1990; Raquepaw & Miller, 1989). Interessant ist, dass PatientInnenvariablen als solche, wie z. B. die Schwere ihrer Störungen und das Setting der Behandlung (Einzel-, Paar- oder Familientherapie) kaum direkten Einfluss auf das Burnout haben (Ackerley et al., 1988; Enzmann & Kleiber, 1989; Putz, 2001). Bezüglich der Anzahl der behandelten PatientInnen sind die Befunde aber widersprüchlich, weil hier außerdem nicht ausreichend differenziert wird zwischen der objektiven Anzahl an PatientInnen und der subjektiv wahrgenommenen Kontrolle bzw. Kontrollierbarkeit über die Anzahl der behandelten PatientInnen und die Art der behandelten Störungen. Wichtige berufliche Burnout-Determinanten sind die Unzufriedenheit mit der Arbeit (Willutzki et al., 1997) bzw. der therapeutischen Tätigkeit (Raquepaw & Miller, 1989), im Besonderen – wie oben erwähnt – der Mangel

an Kontrolle über eine Reihe wichtiger Aspekte der therapeutischen Tätigkeit, wie die Anzahl der behandelten PatientInnen, die Art der behandelten Störungen, der wahrgenommene Handlungsspielraum und die beruflichen Gestaltungsmöglichkeiten (Enzmann & Kleiber, 1989; Raquepaw & Miller, 1989).

Als *protektive Variablen* wurden bisher Bewältigungsstrategien und soziale Unterstützung untersucht. Aktive problemfokussierende Strategien dürften mit geringerem Burnout einhergehen (Burisch, 1994), während defensive, vermeidende und resignative die Burnout-Entwicklung offensichtlich fördern (Willutzki et al., 1997). Wahrgenommene Unterstützung von Seiten der Familie und von nahestehenden Bezugspersonen (PartnerInnen, FreundInnen) wie auch von Arbeits- und BerufskollegInnen scheint mit geringerem Burnout in Verbindung zu stehen, nicht aber der konkrete Erhalt derselben (Maslach & Jackson, 1984; Schwab & Liese, 2000).

Von den *professionellen Methoden der Burnout-Prävention* wird der Supervision und der Selbsterfahrung/Eigetherapie eine große Bedeutung zugeschrieben. Leider ist die Evidenz für die Effekte beider Variablen nicht sehr groß, am ehesten noch für die *Supervision* (Maslach & Jackson, 1984; Schwab & Liese, 2000). Für die *Selbsterfahrung/Eigetherapie* zeigte sich kein Zusammenhang mit dem Burnout bei PsychotherapeutInnen im Allgemeinen (Ackerley et al., 1988; Willutzki & Ambühl, 1993) wie auch bei Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen im Besonderen (Willutzki & Ambühl, 2000).

Bislang wurden kaum PsychotherapeutInnen unterschiedlicher Orientierung untersucht (vgl. Putz, 2001), entsprechend wurden nur in wenigen Arbeiten speziell Klientenzentrierte PsychotherapeutInnen berücksichtigt (Ackerley et al., 1988; Raquepaw & Miller, 1989; Schwab & Liese, 2000). Die Ergebnisse dieser Arbeiten legen den Schluss nahe, dass die oben skizzierten Befunde auch auf diese TherapeutInnengruppe übertragbar sind.

Fragestellungen

Trotz verschiedener Studien ist der Wissensstand zum Burnout bei PsychotherapeutInnen noch defizitär. So fehlt z. B. Wissen über die spezifische Verteilung von Burnout bei TherapeutInnen unterschiedlicher Orientierung und auch bezüglich der Determinanten herrscht bei verschiedenen Variablen noch Unklarheit, so dass weiterer Forschungsbedarf besteht. Speziell diese Mängel sind der Anlass für die vorliegende Studie an einer relativ homogenen Gruppe von PsychotherapeutInnen (Klientenzentrierte Psychotherapie nach Rogers). Es werden zwei Fragestellungen untersucht:

1. In welchem Ausmaß tritt Burnout bei TherapeutInnen auf, die die Klientenzentrierte Psychotherapie nach Rogers praktizieren?
2. Was sind die wichtigsten (protektiven und risikofördernden) Determinanten von Burnout in dieser Gruppe?

Die in die Untersuchung eingehenden Variablen wurden auf die drei wichtigsten in der Literatur diskutierten Gruppen begrenzt:

1. *Personmerkmale*: Alter, Geschlecht, Familienstand, Dauer der beruflichen Tätigkeit, AkademikerIn vs. Nicht-AkademikerIn und Art der beruflichen Ausbildung.
2. *Professionelle Merkmale*: Private vs. institutionelle Tätigkeit, Behandlungssetting, Anzahl behandelter KlientInnen, wahrgenommene Kontrolle über Anzahl und Auswahl der PatientInnen, Zeitplanung, Dauer der Behandlung, Arbeitsbedingungen, Zufriedenheit mit beruflicher Tätigkeit und theoretische Orientierung.
3. *Protektive Variablen*: Umgang mit Schwierigkeiten in der therapeutischen Arbeit, – professionelles Coping, wahrgenommene Soziale Unterstützung, Selbsterfahrung/Eigetherapie und Supervision.

Methodik und Design

Die Studie ist Bestandteil eines größeren Projekts, in dem die Entwicklung von PsychotherapeutInnen international detaillierter untersucht wird. Dazu wurde in einem Teilprojekt allen zum 17. 11. 2001 in die österreichische PsychotherapeutInnenliste mit dem Zusatztitel „Klientenzentrierte Psychotherapie“ (nicht aber „Personenzentrierte Psychotherapie“) der „Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire“ („DPCCQ-Fragebogen“) der „Internationalen Studie zur Entwicklung von PsychotherapeutInnen“ (ISDP) des Collaborative Research Network (CRN) der Society of Psychotherapy Research (SPR) (Ambühl, 1997) zugeschickt ($N=535$). 49 Fragebögen waren nicht zustellbar; nach dem Versand eines Erinnerungsbriefes wurde ein Rücklauf von 103 beantworteten Exemplaren erreicht (=21,2%); zwei davon waren aufgrund fehlender Daten nicht verwertbar, sodass letztlich eine Stichprobe von 101 Klientenzentrierten TherapeutInnen in die Auswertung einging (=20,8%).

Ziel des *DPCCQ-Fragebogens*, welcher aus standardisierten wie frei zu beantwortenden Items besteht, ist es, die professionelle Entwicklung von PsychotherapeutInnen und damit in Verbindung stehende Korrelate zu untersuchen. Die Bearbeitung dieses Fragebogens erfordert etwa eine Stunde Zeit. Es werden folgende Aspekte erhoben: Angaben zur Person und Identität der TherapeutIn, berufliche Ausbildung, praktische Berufserfahrung, Entwicklung als PsychotherapeutIn insgesamt, eigene Therapieerfahrung, theoretische Orientierung, gegenwärtige Entwicklung als PsychotherapeutIn, gegenwärtige therapeutische Praxis, Aspekte der aktuellen therapeutischen Arbeit, Aspekte des gegenwärtigen privaten und beruflichen Lebens. Darüber hinaus werden noch das Selbstkonzept und der Umgang mit Belastungen erfasst.

Das von Maslach und Jackson (1986) entwickelte *Maslach Burnout Inventory (MBI)* ist in einigen nationalen Versionen Bestandteil des DPCCQ und besteht in seiner aktuellen Version aus

22 Items, die drei Skalen – emotionale Erschöpfung (9 Items), Dehumanisierung/Depersonalisation (5 Items), persönliche Leistungsfähigkeit (8 Items) – zugeordnet sind. Diese sind hinsichtlich der Häufigkeit des Erlebens der entsprechenden Sachverhalte auf einer siebenstufigen Skala einzuschätzen (0=nie; 1=einige Male/Jahr; 2=einmal/Monat; 3=einige Male/Monat; 4=einmal/Woche; 5=einige Male/Woche; 6=täglich).

Die Skala „emotionale Erschöpfung (EE)“ erfasst den emotionalen Part des Burnout (Gefühle des Ausgelaugt-Seins, der Erschöpfung, der Müdigkeit, Frustration etc.; z. B.: „Am Ende eines Arbeitstages fühle ich mich erledigt; meine Arbeit frustriert mich“).

Die Skala „Dehumanisierung/Depersonalisation (DP)“ misst gleichgültige bis negative Einstellungen und Haltungen gegenüber KlientInnen; z. B.: „Ich glaube, ich behandle einige Klienten als ob sie unpersönliche Objekte wären“; „Ich befürchte, dass diese Arbeit mich emotional verhärtet“.

Die Skala „persönliche Leistungsfähigkeit (PA)“ ist positiv formuliert; zur Erfassung des Burnout ist sie umzupolen; z. B.: „In der Arbeit gehe ich mit emotionalen Problemen sehr ruhig und ausgeglichen um“; „Ich fühle mich voller Tatkraft“.

Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) der Skalen liegt in der Eichstichprobe ($N=11,607$) bei $\alpha=.90$ für EE, $\alpha=.71$ für PA und $\alpha=.79$ für DP. In anderen Studien lagen die Werte zum Teil höher (Überblicke bei Putz, 2001; Volgger, 2002). Die ermittelten Konsistenzwerte lagen bei $\alpha=.87$ für EE, $\alpha=.83$ für PA und $\alpha=.77$ für DP. Die Skalen besitzen somit ausreichend hohe interne Konsistenz.

Auch die Reliabilität des Verfahrens kann als gut bis sehr gut bezeichnet werden (Retest nach zwei bis vier Wochen; Maslach & Jackson, 1986: EE: $r_{tt}=.82$; PA: $r_{tt}=.80$; DP: $r_{tt}=.60$). Hinsichtlich der Validität berichten Maslach und Jackson (1986) erwartungskonforme Ergebnisse; so konnte die dreidimensionale Struktur der Skala in einer Reihe von Hauptkomponentenanalysen ebenso bestätigt werden wie ihre konvergente und diskriminante Validität. Enzmann, Schaufeli und Girault (1995) konnten an einer großen Stichprobe die Faktorenstruktur der deutschsprachigen Version mittels konfirmatorischer Faktorenanalysen (LISREL) belegen, Hinweise zur Konstruktvalidität finden sich bei Enzmann und Kleiber (1989).

Stichprobe

Die Stichprobe der vorliegenden Studie umfasst 101 in die österreichische PsychotherapeutInnenliste eingetragene PsychotherapeutInnen mit dem Zusatztitel „Klientenzentrierte Psychotherapie“, bestehend aus 70 Frauen, 29 Männern und 2 Personen ohne Geschlechtsangabe. (unterschiedliche N bei einzelnen Auswertungen hängen mit fehlenden Angaben in den Fragebögen zusammen) Ihr Durchschnittsalter liegt bei 42 Jahren ($M=41,83$; $SD=7,69$; $Min=33$; $Max=67$). Davon sind 62 verheiratet, 18 leben in einer

Lebensgemeinschaft, 10 sind ledig, 11 sind geschieden, leben getrennt oder sind verwitwet. 73 besitzen eine akademische Ausbildung, davon 50 (also etwa die Hälfte der gesamten Stichprobe) ein abgeschlossenes Psychologiestudium, 12 TherapeutInnen haben ein Lehramts-, 6 ein Medizinstudium absolviert. Neben der abgeschlossenen Ausbildung in Klientenzentrierter Psychotherapie besitzen 55 noch weitere Aus- und Weiterbildungen in Psychotherapie; davon u. a. 17 in systemischer Familientherapie, jeweils 6 in Verhaltenstherapie und in Psychoanalyse, 5 in Gestalttherapie, 4 in Körpertherapie und je 3 in Bioenergetischer Analyse, Psychodrama, Kinder- und Jugendpsychotherapie, und Hypnotherapie. Die mittlere berufliche Erfahrung beträgt 14 Jahre ($M=13,9$; $SD=7,6$; $Min=0,6$; $Max=28$), das hauptsächliche Tätigkeitsfeld (definiert als mind. 75% der Wochenarbeitszeit) ist bei 57 PsychotherapeutInnen die private Praxis, bei 20 eine öffentliche Institution und bei 22 beides. Im Schnitt werden von den befragten TherapeutInnen 17 PatientInnen pro Woche ($M=17$; $SD=9,53$) überwiegend im Einzelsetting ($M=13,9$ PatientInnen) behandelt. Das Gros der PatientInnen leidet entweder an Depressionen (61,1%) oder Angststörungen (42,3%), gefolgt von Persönlichkeitsstörungen (24,4%), Partnerschaftsproblemen (16,9%), somatoformen und Anpassungsstörungen (je 15%) sowie an Essstörungen (12,2%) und Abhängigkeitssyndromen (10,3%).

Um die Ergebnisse generalisieren zu können, ist es wichtig, die *Repräsentativität der Stichprobe* zu beurteilen. Leider ist dies nur sehr eingeschränkt möglich, da es keine öffentlich zugänglichen Daten zu den Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen in Österreich gibt. Eine Analyse der durch die österreichische Internet-Helpline für Psychotherapie (URL: <http://www.psyonline.at>) erfassten Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen ergab eine Geschlechtsverteilung von 69,2% Frauen zu 30,8% Männern. Diese Verteilung unterscheidet sich nicht von der vorliegenden Stichprobe ($\chi^2=.00$; $df=1$; $p=.99$). Es gibt auch keine Unterschiede hinsichtlich des Tätigkeitsfeldes und der Dauer der Berufserfahrung. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist aber zu berücksichtigen, dass systematische Biases in anderen Bereichen nicht ausgeschlossen werden können.

Statistische Auswertungen

Zunächst werden deskriptive Ergebnisse zur Häufigkeit des Auftretens von Burnout in den drei Skalen des MBI präsentiert. Für die weiteren Analysen werden Korrelationsanalysen und Mittelwertvergleiche verschiedener Subgruppen durchgeführt. Abschließend werden über lineare Regressionsanalysen die zentralen Determinanten des Burnout herausgearbeitet.

Ergebnisse

Ausmaß des Burnout bei österreichischen Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen

Die Häufigkeitsangaben zum MBI sind in Tabelle 1 dargestellt; zum Vergleich sind auch Ergebnisse anderer Studien an PsychotherapeutInnen bzw. Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen angeführt.

Tabelle 1: Burnout-Ausprägung im Vergleich zu anderen Studien

Studie	N	Burnout-Skalen M (SD)					
		EE		DP		PA ^a	
		M	SD	M	SD	M	SD
Eigene Studie	101	1,40	0,89	0,76	0,79	4,96	0,56
Maslach & Jackson (1986)	11.067	2,33	1,19	1,75	1,18	4,32	0,89
Enzmann & Kleiber (1989)	124	2,17	0,98	1,36	1,07	4,28	0,87
Enzmann (1996)	1424	2,18	1,03	1,31	1,01	4,51	0,84
Putz (2001)	104	1,55	0,90	0,69	0,75	4,81	0,83
Willutzki & Ambühl (1993); ohne SE ^b	42	2,02	1,06	1,02	0,67	4,28	0,87
Willutzki & Ambühl (1993); mit SE ^c	85	1,81	0,87	0,96	0,75	4,48	0,86

Anmerkungen: EE: Emotionale Erschöpfung; PA: Persönliche Leistungsfähigkeit; DP: Depersonalisierung;

^a Werte positiv gepolt: Hohe Werte entsprechen hoher Leistungsfähigkeit (Umrechnung in Belastungswerte: $6 - M$)

^b Subgruppe ohne Selbsterfahrung

^c Subgruppe mit Selbsterfahrung

Wie ersichtlich, zeigen die untersuchten Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen in allen drei Dimensionen im Vergleich zu anderen Studien ein relativ geringes Burnout. Dies gilt für die emotionale Erschöpfung und die persönliche Leistungsfähigkeit; ganz besonders für die Depersonalisation. Im Median berichten die ProbandInnen von emotionalen Erschöpfungsgefühlen meist zwischen einmal pro Monat und einigen Malen pro Jahr ($Md=1,5$), aber nur sehr selten ($Md=0,5$) nehmen sie einen inhumanen Umgang mit ihren KlientInnen wahr. Hingegen verspüren sie aber mehrmals pro Woche ein Gefühl starker Leistungsfähigkeit ($Md=5$).

Tabelle 2: Cut-off-Werte für niedriges, mittleres und hohes Burnout (nach Maslach & Jackson, 1986; N=11.067) Häufigkeiten eigene Studie (N=101)

Ausprägung	EE			DP			PA ^a		
	Cut-off	n	%	Cut-off	n	%	Cut-off	n	%
Niedrig	<1,75	68	67,3	<1,20	82	81,2	>4,87	3	3
Mittel	1,87–2,75	25	24,8	1,40–2,40	15	14,9	4,0–4,75	30	29,7
Hoch	>2,87	8	7,9	>2,60	4	4	<3,88	67	66,3

Anmerkungen: EE: Emotionale Erschöpfung; DP: Depersonalisierung; PA: Persönliche Leistungsfähigkeit; Mittlere Skalenausprägungen;

n, %: absolute und relative Häufigkeit/Probanden pro Kategorie

^a Werte positiv gepolt: Geringe Werte als Ausdruck eines hohen Burnouts

Unter Hinzuziehung der Cut-off-Kriterien von Maslach und Jackson (1986) (s. Tabelle 2) wird deutlich, dass nur etwa 8% der Stichprobe zum Zeitpunkt der Untersuchung an einer starken emotionalen Erschöpfung, ca. 4% an starken Depersonalisationsgefühlen und nur 3% an eingeschränkter persönlicher Leistungsfähigkeit leiden.

Berücksichtigt man zusätzlich noch die mittlere Ausprägungskategorie, so leiden doch immerhin weitere 25% an einer mittleren Erschöpfung, 15% an mittleren Depersonalisationsgefühlen und 30% an eingeschränkter Leistungsfähigkeit. Obwohl diese Werte auf eine gewisse Burnoutgefährdung schließen lassen, bleibt das Gesamtrisiko doch eher gering.

Determinanten des Burnout

1. Soziale und berufliche Merkmale der TherapeutInnen

Es konnten keinerlei Einflüsse des Geschlechts, eines abgeschlossenen Hochschulstudiums (Mann & Whitney-U-Test), der Art der absolvierten akademischen Ausbildung (Kruskal-Wallis-H-Test), des Alters und der Dauer der beruflichen Tätigkeit (jeweils Spearman's Rho) auf das Burnout gefunden werden (für detailliertere Analysen vgl. Volgger, 2002). Lediglich beim Familienstand ergab sich (Kruskal-Wallis-H-Test:

$p=,03$), dass Ledige im Vergleich zu Verheirateten und solchen, die in einer Lebensgemeinschaft leben ($p=,01$) und im Vergleich zu getrennt Lebenden/Geschiedenen/Verwitweten ($p=,02$) eine reduziertere persönliche Leistungsfähigkeit aufweisen. Zusätzlich leiden Verheiratete unter höherer Erschöpfung ($p=,03$) als jene, die in einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft leben.

Vielfach wurde gezeigt (s. o.), dass das Burnout bei der Gruppe der BerufseinsteigerInnen besonders hoch ist. Zur Prüfung dieser Hypothese wurde die Subgruppe derjenigen, die bis zu vier Jahre im Berufsleben standen, mit denjenigen verglichen, die acht und mehr Jahre Berufserfahrung aufwiesen. Leider war die Gruppe der bis zu vier Jahren Tätigen nicht sehr groß, so dass die gefundenen Unterschiede keine statistische Signifikanz erreichten. Es konnten aber auch bei den bis zu sechs bzw. bis zu acht Jahren psychotherapeutisch Tätigen im Vergleich zu denen, die seit über acht Jahren im Berufsleben stehen, keine signifikanten Unterschiede gefunden werden. Damit kann diese Hypothese in der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden.

2. Professionelle Merkmale

Hier wurden die Tätigkeits- und Organisationsform, das primäre Behandlungssetting, die KlientInnenanzahl, die wahrgenommene Kontrolle über das Arbeitsfeld, die Arbeitszufriedenheit und die primäre theoretische Orientierung untersucht. Hinsichtlich der *Organisationsform der therapeutischen Tätigkeit* (privat, institutionell, beides) konnte kein Effekt auf die drei MBI-Skalen, weder bezogen auf alle drei Arten (Kruskal-Wallis-H-Test) noch in der Gegenüberstellung der drei Tätigkeitsformen zueinander (U-Test) gefunden werden. Es ergaben sich auch keinerlei Bezüge zu den hauptsächlichsten *therapeutischen Settings* (Einzel-, Paar-, Familien- und Gruppentherapien und deren Kombination) (Kruskal-Wallis-H-Test).

Signifikant positive Bezüge (Spearman's Rho) ergaben sich zwischen der *Anzahl der behandelten KlientInnen* und der „Emotionalen Erschöpfung“ ($r = ,35; p < ,01$). Für die „Depersonalisation“ konnte nur ein tendenzieller ($r = ,18; p = ,08$) und für die „persönliche Leistungsfähigkeit“ kein Zusammenhang nachgewiesen werden.

Wie erwartet zeigte die *wahrgenommene Kontrolle über verschiedene Aspekte des beruflichen Arbeitsfeldes* einen Einfluss auf das Ausmaß wahrgenommenen Burnouts (Tabelle 3). Allerdings ist die Höhe der Zusammenhänge nicht überwältigend und bis auf eine Ausnahme nur für die „emotionale Erschöpfung“ gegeben.

Tabelle 3: Kontrolle über Arbeitsbedingungen und Burnout (Spearman's rho)

Ausmaß der Kontrolle über ...	N	EE	DP	PA ^a
Auswahl der Patienten	101	-,25*	-,15	-,01
Anzahl zu behandelnder Patienten	101	-,01	,01	-,05
Wahl der theoretischen Orientierung	100	-,10	-,01	,10
Die Zeitplanung	98	-,24*	-,14	-,01
Dauer der Behandlungen	99	-,31**	-,18	-,15
Die übrigen Arbeitsbedingungen	95	-,25*	-,26*	-,12

Anmerkungen: EE: Emotionale Erschöpfung; DP: Depersonalisierung; PA: Persönliche Leistungsfähigkeit;

^a Werte positiv gepolt, daher : positive Korrelation Zusammenhang mit hoher Leistungsfähigkeit

* $p < ,05$; ** $p < ,01$

Als weitere professionelle Variable wurde die *Arbeitszufriedenheit* untersucht. Zu ihrer Operationalisierung finden sich im DPCCQ drei Fragen („Wie groß ist die Befriedigung, die Sie in Ihrer gegenwärtigen therapeutischen Tätigkeit erleben?“, „Wie groß ist die Zufriedenheit mit Ihrem aktuellen therapeutischen Arbeitsfeld?“ und „Wieviel Unzufriedenheit erleben Sie derzeit in Ihrer therapeutischen Praxis?“), die jeweils auf sechsstufigen Skalen (0=keine, 5=sehr groß) zu beurteilen sind. Es fanden sich hochsignifikante Zusammenhänge zwischen der Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit mit der therapeutischen Tätigkeit und den verschiedenen Kriterien für Burnout (Tabelle 4), ebenso wie zwischen der Zufriedenheit mit dem therapeutischen Hauptarbeitsfeld und der emotionalen

Erschöpfung bzw. Depersonalisation sowie eine tendenzielle mit der persönlichen Leistungsfähigkeit (jeweils Spearman's rho).

Tabelle 4: Zusammenhänge zwischen Arbeitszufriedenheit und Burnout (Spearman's rho; N=101)

	EE	DP	PA ^a
Befriedigung/therapeutische Tätigkeit	-,46**	-,37**	,27**
Zufriedenheit/therapeutisches Hauptarbeitsfeld (n=97)	-,42**	-,29**	,19°
Unzufriedenheit/therapeutische Praxis	,55**	,44**	-,33**

Anmerkungen: EE: Emotionale Erschöpfung; DP: Depersonalisierung; PA: Persönliche Leistungsfähigkeit

^a Werte positiv gepolt, daher: positive Korrelation Zusammenhang mit hoher Leistungsfähigkeit

° $p < ,10$; * $p < ,05$; ** $p < ,01$

Hinsichtlich des Einflusses der *theoretischen Orientierung* des Therapeuten (psycho-dynamisch, verhaltenstherapeutisch, kognitiv, humanistisch, systemisch) erwies sich eine vorwiegende psychodynamische Orientierung als Burnout-fördernd (emotionale Erschöpfung, Depersonalisation), während eher lösungsorientierte Orientierungen (verhaltenstherapeutisch, kognitiv, systemisch) mit einer höheren selbstwahrgenommenen Leistungsfähigkeit assoziiert war. Eine intensive humanistische Orientierung scheint hingegen protektiv zu wirken, insofern sie mit signifikant niedrigeren Erschöpfungswerten und tendenziell niedrigeren Depersonalisierungswerten ($p = ,09$) einher ging (s. Tabelle 5).

Tabelle 5: Orientierung an theoretischen Konzepten im aktuellen therapeutischen Handeln und Burnout (Spearman's rho)

Theoretische Orientierung	N	EE	DP	PA ^a
Analytisch/psychodynamisch	86	,33**	,23*	,01
Verhaltenstherapeutisch	82	-,05	-,05	,27*
Kognitiv	79	,02	-,02	,26*
Humanistisch	100	-,21*	-,17	,07
Systemisch/familientherapeutisch	92	-,06	-,14	,21*
Sonstige	24	-,13	-,21	,11

Anmerkungen: EE: Emotionale Erschöpfung; DP: Depersonalisierung; PA: Persönliche Leistungsfähigkeit;

^a Werte positiv gepolt, daher : positive Korrelation Zusammenhang mit hoher Leistungsfähigkeit

* $p < ,05$; ** $p < ,01$

3. Protektive Faktoren/Ressourcen

In diesem Zusammenhang wurde der Umgang mit Belastungen in der beruflichen Tätigkeit (berufsbezogenes Coping), das Ausmaß der als verfügbar wahrgenommenen sozialen Unterstützung aus dem Berufs- und Privatleben, die eigene Supervision und die Selbsterfahrung/Eigentherapie untersucht. *Berufsbezogenes Coping* wird im DPCCQ über einen Fragebogen von Davis und

Orlinsky erfasst, der mit 20 Items aktive und mit 6 Items passive oder vermeidende Strategien im Umgang mit beruflichen Schwierigkeiten erfasst. Entgegen den Befunden anderer Autoren (s. o.) korrelierten (Spearman-Rho) nur wenige aktive Strategien mit den drei Skalen des MBI, die meisten in paradoxer Weise positiv, d. h. Burnout fördernd (s. Tabelle 6): „die TherapeutInnenrolle verlassen“, „Ändern der Therapievereinbarungen“, „Kongresse und Workshops besuchen“, „Widerstand deuten“ und „Verschieben der therapeutischen Arbeit“. Burnout-puffernd (gegenüber emotionaler Erschöpfung) hingegen war nur das „Setzen von Grenzen“ und – die persönliche Leistungsfähigkeit fördernd – das „Konsultieren der Fachliteratur“.

Tabelle 6: Zusammenhänge zwischen Strategien zum Umgang mit therapeutischen Problemen (nach Davis & Orlinsky) und Burnout (Spearman's rho) (signifikante Korrelationen)

Bewältigungsstrategien	N	EE	DP	PA ^a
Konsultieren von Fachliteratur	100	,04	,05	,22**
Grenzen setzen	100	-,20*	-,14	,04
Die Therapeutenrolle verlassen	99	,12	,21*	,04
Therapievereinbarungen ändern	98	,27**	,42**	,01
Kongresse, Workshops besuchen	100	,17	,20*	,06
Widerstand deuten	93	,12	,24*	-,01
Arbeit verschieben	94	,17	,35**	-,18

Anmerkungen: EE: Emotionale Erschöpfung; DP: Depersonalisierung; PA: Persönliche Leistungsfähigkeit;

^a Werte positiv gepolt, daher: positive Korrelation Zusammenhang mit hoher Leistungsfähigkeit

* p < ,05; ** p < ,01

Im Vergleich zu den aktiven Strategien ergab die Analyse der Vermeidungsstrategien klarere Zusammenhänge, insbesondere mit der emotionalen Erschöpfung und der Depersonalisation. (s. Tabelle 7).

Tabelle 7: Zusammenhänge zwischen vermeidenden Umgangsformen mit therapeutischen Problemen (nach Davis & Orlinsky) und Burnout (Spearman's rho)

Vermeidungsstrategien	N	EE	DP	PA ^a
Auf günstige Wendung warten	101	,34**	,53**	-,06
Kritisieren des Patienten	101	,28**	,49**	-,12
Abbruch der Therapie	101	,29**	,31**	-,21*
Problem aufschieben	99	,25*	,33**	-,17
Dem Patienten Frustration zeigen	96	,35**	,34**	-,16
Patienten überweisen	98	,17	,19	-,08

Anmerkungen: EE: Emotionale Erschöpfung; DP: Depersonalisierung; PA: Persönliche Leistungsfähigkeit;

^a Werte positiv gepolt, daher: positive Korrelation Zusammenhang mit hoher Leistungsfähigkeit

* p < ,05; ** p < ,01

Strategien wie „auf günstige Wendung warten“, „Kritisieren des Patienten“, „Abbruch der Therapie“, „Probleme aufschieben“ und

„dem Patienten Frustration zeigen“ scheinen demnach die emotionale Erschöpfung und eine inhumane Haltung gegenüber den KlientInnen eindeutig zu fördern.

„Soziale Unterstützung“ wird im DPCCQ durch drei Items operationalisiert, zwei davon beziehen sich auf private Unterstützung („Wie häufig erleben Sie, dass sich jemand um sie kümmert und sie unterstützt?“ „Wie oft haben Sie ein befriedigendes Gefühl von Intimität und emotionaler Nähe?“ 0=nie; 5=sehr oft), eines auf die Unterstützung im Hauptarbeitsfeld („Wie sehr fühlen sie sich im Hauptarbeitsfeld Ihrer therapeutischen Tätigkeit unterstützt?“ 0=überhaupt nicht; 5=völlig). Da die beiden Items zur privaten Unterstützung als Skala nur eine mittlere interne Konsistenz erreichten ($\alpha < ,65$), wurden beide als Einzelitems verrechnet (Tabelle 8).

Tabelle 8: Zusammenhang zwischen wahrgenommener Sozialer Unterstützung und Burnout (Spearman's rho)

Bewältigungsstile	N	EE	DP	PA
Unterstützung privat	100	-,11	-,05	-,06
Emotionale Nähe und Intimität	100	-,15	-,12	,45**
Unterstützung im Hauptarbeitsfeld	100	-,08	,03	,13

Anmerkungen: EE: Emotionale Erschöpfung; DP: Depersonalisierung; PA: Persönliche Leistungsfähigkeit;

^a Werte positiv gepolt, daher: positive Korrelation Zusammenhang mit hoher Leistungsfähigkeit

Wie ersichtlich, weist das Ausmaß der wahrgenommenen Unterstützung keine signifikanten Zusammenhänge mit geringerer emotionaler Erschöpfung, höherer persönlicher Leistungsfähigkeit und weniger inhumanen Einstellungen gegenüber KlientInnen auf. Allerdings ist eine Korrelation statistisch sehr signifikant, nämlich emotionale Nähe und Intimität hängt mit höherer persönlicher Leistungsfähigkeit zusammen ($r = ,45$). Trotzdem weist die wahrgenommene soziale Unterstützung insgesamt eher wenig Einfluss auf das Burnout auf. Einschränkend ist außerdem zu betonen, dass die Erfassung über Ein-Item-Indikatoren methodologisch problematisch ist.

Der Effekt der professionellen Ressourcen (*Selbsterfahrung/ Eigentherapie und Supervision bei beruflichen Problemen*) konnte aufgrund der Tatsache nicht überprüft werden, dass die Anzahl jener, welche weder Selbsterfahrung/Eigentherapie ($n=4$) noch Supervision ($n=7$) in Anspruch genommen haben bzw. in Anspruch nehmen, in Relation zu den übrigen Probanden eindeutig zu gering war.

Multivariate Analysen

Die bisherigen Ausführungen machen deutlich, dass Burnout mit verschiedenen Variablen zusammen hängt. Um festzustellen, welche davon die wichtigsten sind, wurden explorative lineare Regressionsanalysen gerechnet. Dazu wurden pro (abhängiger) Burnout-Variable jene Variablen zu einem Prädiktorblock (Modus

„enter“) verbunden, die signifikante univariate Zusammenhänge und inhaltlich keine Gemeinsamkeiten mit dem Burnout-Konstrukt besaßen.

1. Emotionale Erschöpfung

Als unabhängige Variablen wurden hier in den Prädiktorblock aufgenommen: „Kontrolle über die Auswahl der PatientInnen“, „Kontrolle über die Behandlungsdauer“, „Anzahl der behandelten PatientInnen“ (objektive Anzahl), „Zufriedenheit mit der therapeutischen Tätigkeit“ und „auf eine günstige Wendung hoffen“. Aus dieser Gleichung resultierte ein multipler Regressionskoeffizient von $R = ,687$ ($R^2 = ,472$; $F = 16,07$; $df = 5$; $p = ,000$), der auf eine gute Vorhersage durch die ausgewählten Prädiktoren schließen lässt (Tabelle 9). Die Einzelkorrelationen (vgl. Tabelle 10) weisen auf ein komplexes Gefüge hin, insofern die Variablen „Anzahl der PatientInnen“ (objektive Anzahl) und die passive Coping-

Tabelle 9: Prädiktormodell der Emotionalen Erschöpfung (AV)

Modell	R	R ²	df	F	p
UV's ^a	,687	,472	5	16,07	,000

Anmerkungen: ^a Unabhängige Variablen: Kontrolle über die Auswahl der Patienten, Kontrolle über die Behandlungsdauer, Anzahl der behandelten Patienten, Zufriedenheit mit der therapeutischen Tätigkeit, auf eine günstige Wendung hoffen; Berechnungsmodus: „Enter“.

Tabelle 10: Koeffizienten der Unabhängigen Variable „Emotionale Erschöpfung“

Unabhängige Variablen	Unstandardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	t	p
	B	Std. Fehler	Beta		
Konstante	2,796	,416		6,722	,000
Patientenanzahl	0,034	,007	,367	4,766	,000
Kontrolle/Auswahl der Patienten	-0,068	,047	-,118	-1,451	,150
Kontrolle/Dauer der Behandlung	-0,094	,067	-,118	-1,410	,162
Zufriedenheit mit eigener therapeutischer Tätigkeit	-0,421	,100	-,355	-4,224	,000
Auf eine günstige Wendung hoffen	0,268	,060	,349	4,507	,000

strategie „auf eine günstige Wendung hoffen“ die „Emotionale Erschöpfung“ eher zu fördern scheinen (positive Korrelationen), während die „Zufriedenheit mit der therapeutischen Tätigkeit“ diese eher dämpft (negative Korrelation).

Tabelle 11: Prädiktormodell der Depersonalisation (AV)

Modell	R	R ²	df	F	P
UV's ^a	,670	,449	8	14,176	,000

Anmerkungen: ^a Unabhängige Variablen: Zufriedenheit mit der therapeutischen Tätigkeit; Unzufriedenheit mit der therapeutischen Tätigkeit; Zufriedenheit mit dem therapeutischen Hauptarbeitsfeld; Patienten kritisieren; Therapievereinbarungen ändern; Berechnungsmodus: „Enter“

Tabelle 12: Koeffizienten der Unabhängigen Variable „Depersonalisation“

Unabhängige Variablen	Unstandardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	t	p
	B	Std. Fehler	Beta		
Konstante	1,026	,490		2,094	,039
Zufriedenheit mit eigener therapeutischer Tätigkeit	-0,333	,116	-,314	-2,873	,005
Unzufriedenheit mit eigener therapeutischer Tätigkeit	0,195	,091	,221	2,136	,036
Zufriedenheit mit dem Hauptarbeitsfeld	-0,140	,092	-,164	-1,529	,130
Patienten kritisieren	0,315	,082	,346	3,840	,000
Therapievereinbarungen ändern	0,161	,063	,219	2,538	,013

2. Depersonalisation

In diesen Prädiktorblock wurden die Variablen „Zufriedenheit mit der therapeutischen Tätigkeit“, „Unzufriedenheit mit der therapeutischen Tätigkeit“, „Zufriedenheit mit dem therapeutischen Hauptarbeitsfeld“, „PatientInnen kritisieren“ und „Therapievereinbarungen ändern“ als negative bzw. positive Copingvariable eingegeben. Das so entstandene Modell erbrachte einen multiplen Regressionskoeffizient von $R = ,67$ ($R^2 = ,67$; $df = 8$; $F = 14,176$; $p = ,000$; vgl. Tabelle 11), was auf eine sehr gute Vorhersagekraft hinweist. Die Korrelationskoeffizienten in Tabelle 12 zeigen, dass

auch die Depersonalisation durch positive und negative Variablen bestimmt wird: Je häufiger Therapeuten in schwierigen Therapiesituationen „PatientInnen kritisieren“, desto mehr Depersonalisationsgefühle sind zu beobachten; je höher die „Zufriedenheit mit der therapeutischen Tätigkeit“, desto weniger.

3. Persönliche Leistungsfähigkeit

Die multiple Regression wurde hier mit folgenden unabhängigen Variable gerechnet: „Angst, zu schaden“, „Angst, die Kontrolle zu verlieren“, „berührt sein über die Macht- und Einflusslosigkeit“ und „nicht fähig sein, Sympathie oder Achtung entgegenzubringen“. Aus der Regression resultierte ein multipler Korrelationskoeffizient von $R = ,46$

Tabelle 13: Prädiktormodell der Reduzierten Persönlichen Leistungsfähigkeit (AV)

Modell	R	R ²	df	F	P
UV's ^a	,460	,211	4	6,230	,000

Anmerkungen: ^a Unabhängige Variablen: Angst, zu schaden; Angst, die Kontrolle zu verlieren; berührt über die Macht- und Einflusslosigkeit sein; Sympathie oder Achtung entgegenbringen; Berechnungsmodus: „Enter“.

Tabelle 14: Koeffizienten der Unabhängigen Variable „Reduzierte Persönliche Leistungsfähigkeit“

Unabhängige Variablen	Unstandardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	t	p
	B	Std. Fehler	Beta		
Konstante	5,207	,105		49,665	,000
Angst, zu schaden	0,062	,089	,073	0,856	,394
Angst, die Kontrolle zu verlieren	-0,278	-,362	-,084	-3,317	,001
Macht- und Einflusslosigkeit	0,041	,086	,050	0,816	,416
Sympathie entgegenbringen	-0,199	-,281	-,071	-2,784	,007

($R^2 = ,211$; $df = 4$; $F = 6,32$; $p = ,000$; vgl. Tabelle 13), was auf eine mittlere Vorhersagbarkeit der erwähnten unabhängigen Variablen schließen lässt. Tabelle 14 zeigt die Korrelationskoeffizienten der einzelnen Variablen. „Angst, die Kontrolle zu verlieren“ und „nicht fähig sein, Sympathie oder Achtung entgegenzubringen“ stehen mit reduzierter Leistungsfähigkeit in Verbindung; ein protektiver, die Leistungsfähigkeit fördernder Faktor konnte nicht gefunden werden.

Zusammenfassung und Diskussion

Obwohl Burnout ein weit verbreitetes Phänomen ist und mittlerweile eine Fülle von Untersuchungen dazu in den verschiedensten Berufssparten zu finden sind, gibt es bisher kaum Studien an PsychotherapeutInnen im Allgemeinen und an Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen im Besonderen. Trotz der teilweise sehr intensiven Beanspruchung persönlicher Kompetenzen zeigt die vorliegende Untersuchung nur relativ niedrige bis sehr niedrige Burnout-Ausprägungen bei ca. $\frac{2}{3}$ der 101 untersuchten TherapeutInnen in den Skalen „Emotionale Erschöpfung“ und „Reduzierte Persönliche Leistungsfähigkeit“. In der Skala „Depersonalisierung“ resultierten sogar bei 81 % der TherapeutInnen niedrige Burnout-Werte.

Eine Begründung für diese niedrigen Werte könnte darin liegen, dass, wie Enzmann und Kleiber (1989) oder auch Raquepaw und Miller (1989) argumentieren, PsychotherapeutInnen eine hohe Arbeitszufriedenheit und eine hohe Arbeitsautonomie besitzen. Gleichzeitig sind sie aufgrund Ihrer Arbeitsstruktur schwierigen PatientInnen nicht über Stunden ausgeliefert, sondern können Termine mit solchen individuell gestalten. Es könnte aber auch sein, dass das Rollenbild des/der PsychotherapeutIn als ein emotional stabiler und kompetenter Mensch Einfluss darauf haben könnte, Symptome von Burnout zu geben.

Hinsichtlich der Determinanten von Burnout konnten insgesamt nur wenig Zusammenhänge mit objektiven Variablen nachgewiesen werden (Geschlecht, Alter, Tätigkeitsdauer, akademische Ausbildung, Art derselben, Organisationsform und Settings der Tätigkeit). Wichtiger hingegen scheinen quantitative (Anzahl an PatientInnen) und qualitative Aspekte der Berufstätigkeit (Arbeitsautonomie, Kontrolle über die Arbeitsbedingungen, Arbeitszufriedenheit), sowie die theoretische Orientierung und berufliche Bewältigungsstrategien zu sein. Die wahrgenommene Unterstützung aus dem beruflichen und privaten Bereich hingegen scheint nur wenig Einfluss zu haben. Die im letzten Abschnitt präsentierten Regressionsanalysen belegen diesen Schluss, indem die „Zufriedenheit mit der therapeutischen Tätigkeit“ für zwei der drei Dimensionen des Burnout eine wichtige protektive Variable war. Darüber hinaus

wurden die einzelnen Komponenten jedoch durch unterschiedliche belastende und protektive Variablen jeweils spezifisch bestimmt.

Dieses Ergebnis lässt verschiedene Schlussfolgerungen zu:

Zum Ersten ist zu erkennen, dass Burnout das Ergebnis eines multifaktoriellen Prozesses ist, an dem protektive wie auch belastende Faktoren komplex zusammenwirken.

Zum Zweiten bestimmen neben einem allgemeinen Faktor auch einige spezifische Variablen, welche Komponente des Burnout stärker ausgeprägt wird.

Folgende Zusammenhänge zeichnen sich dabei ab:

Eine hohe Behandlungsquantität, verbunden mit ungünstigen beruflichen Copingstrategien, scheint die emotionale Erschöpfung zu fördern.

Das Kritisieren von PatientInnen begünstigt anscheinend die Depersonalisation.

Die Angst, die Kontrolle zu verlieren und nicht fähig zu sein den PatientInnen Sympathie oder Achtung entgegenzubringen, scheint sich negativ auf die persönliche Leistungsfähigkeit auszuwirken.

Diese Befunde lassen weitere interessante Interpretationen in Richtung eines differentiellen Entstehungsmodells von Burnout zu. Für ein solches sprechen auch die Ergebnisse, dass sich die signifikanten Zusammenhänge der vorliegenden Studie vor allem auf die beiden Skalen „Emotionale Erschöpfung“ und „Depersonalisation“ und weniger auf die „Persönliche Leistungsfähigkeit“ beziehen. Bezugnehmend auf vergleichbare Befunde haben verschiedene Autoren (z. B. Maslach & Jackson, 1984) angenommen, dass sich Burnout zu allererst auf emotionaler Ebene in Form von Erschöpfungsgefühlen manifestiert, begleitet und gefolgt von einem wenig empathischen, die personale Begegnung einschränkenden Umgang mit den Klienten. Aufbauend darauf, so könnte man schließen, und bei Anhalten dieser Probleme kommt es dann zum Einbruch der persönlichen Leistungsfähigkeit (Volgger, 2002). Ausgangspunkt

und Risiko für solch einen Prozess scheinen Arbeitsüberlastungen durch zu hohe Klientenzahlen, mangelnde Arbeitsfreude und „Unzufriedenheit im Job“ sowie ungünstige Copingstrategien zu sein, sowohl passive und vermeidende, als auch zynische und aggressive, welche die Beziehung zu den Klienten beeinträchtigen. Kommen Versagensängste – bezogen auf eine optimale Realisation der therapeutischen Basisvariablen nach Rogers – hinzu, dann könnte es zum Vollbild des Burnout kommen. Hier ließe sich zur Erklärung des Burnout aus der Sicht des Prozessmodells der Persönlichkeit von Rogers (1959, 1977, S. 28) anführen, dass dann die fließende Veränderlichkeit für unmittelbar erlebte Erfahrungen zunehmend unflexibleren, rigideren Wahrnehmungsmustern weichen würde mit den bekannten Abwehrmodi der selektiven Wahrnehmung, der Leugnung und der Verzerrung von Erfahrungen. Zunehmende Inkongruenz in Form einer steigenden Diskrepanz zwischen Realselbst und Idealselbst (Rogers & Dymond, 1954; vgl. dazu auch Korunka, Nemeskeri & Sauer, 2001) seitens der TherapeutIn würde es immer schwieriger machen, sowohl das hinreichende therapeutische Basisverhalten als auch ein darüber hinaus gehendes spezifisch angemessenes – im wahrsten Sinne „Klientenzentriertes“ – Vorgehen aufrecht zu halten (vgl. Sauer, 1993).

Da die vorliegende Studie ein Querschnitts- und kein Längsschnittsdesign besitzt, sind diese Überlegungen hypothetischer Natur und können aus den Daten nicht belegt werden; zudem könnten die beobachteten Copingmerkmale Begleiterscheinungen des Burnout und nicht Determinanten oder Prädiktoren desselben sein. Interessant ist aber dennoch, dass das skizzierte Modell, das aus den Daten abgeleitet ist, eine sehr große Ähnlichkeit mit den eingangs erwähnten allgemeinen Ätiologiemodellen zum Burnout besitzt.

Vergleicht man die Befunde mit der Literatur, so zeigen sich einige Konvergenzen aber auch eine Reihe von Divergenzen. Die Ergebnisse zu den fehlenden Geschlechtsunterschieden stehen mit den Ergebnissen von Ackerley et al. (1988), Künzel und Schulte (1986) und Willutzki und Ambühl (1993) in Übereinstimmung. Nicht bestätigt werden konnte, dass Burnout primär in den ersten Berufsjahren auftreten soll. Es muss allerdings berücksichtigt werden, dass die untersuchten TherapeutInnen keine Berufsanfänger im psychosozialen Feld im engeren Sinn sind. Der Zusammenhang zwischen der (objektiven) Anzahl behandelter PatientInnen und Burnout widerspricht zum Teil den Resultaten von Raquepaw und Miller (1989) und Putz (2001) und nur andeutungsweise der Kontrollierbarkeit über Auswahl der PatientInnen und der therapeutischen Arbeitsbedingungen eine dämpfende Wirkung zukommt. Vielleicht verbirgt sich dahinter ein Effekt der ausgeübten Therapiemethode. Es könnte nämlich sein, dass für verhaltenstherapeutisch orientierte PsychotherapeutInnen (Putz, 2001) eine große Klientenzahl kein Erschöpfungsgrund ist, wohl hingegen für die stark beziehungsorientierte Methode der Klientenzentrierten Psychotherapie. Der Befund einer fehlenden Beziehung zur Organisationsform widerspricht den Ergebnissen von Ackerley et al. (1988) und Raquepaw

und Miller (1989), die höhere Burnout-Werte bei in Institutionen tätigen PsychotherapeutInnen fanden. Jedoch konnten gemäß den Annahmen von Aronson, Pines und Kafry (1983) signifikant positive Korrelationen zwischen dem Einsatz von Vermeidungsstrategien und hohen Burnout-Ausprägungen gefunden werden. Die u. a. von Schwab und Liese (2000) postulierte Burnout-prophylaktische Wirkung von Supervision und Selbsterfahrung konnte in der vorliegenden Studie aufgrund fehlender TherapeutInnen ohne Selbsterfahrung und Supervision nicht geprüft werden.

Einschränkend zu den Schlussfolgerungen muss festgehalten werden, dass die Ergebnisse dieser Studie natürlich, wie die jeder anderen auch, stichprobenabhängig sind. Dieses Argument wiegt insofern schwerer, als die vorliegende Stichprobe nicht allzu groß ist und ihre Repräsentativität in Bezug auf die Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen in Österreich nicht belegt ist. Eine Generalisierung der Ergebnisse ist daher nicht zulässig; es sind weiterführende Studien an größeren Stichproben zu empfehlen. Dies gilt besonders für eine Reihe interessanter Einzelbefunde, wie z. B. dem, dass psychodynamisch orientierte Klientenzentrierte PsychotherapeutInnen höhere emotionale Erschöpfung aufweisen als systemisch und kognitiv-behavioral orientierte.

Literatur

- Ackerley, G. D., Burnell, J., Holder, D. C. & Kurdek, L. (1988). Burnout among licensed psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19, 624–631.
- Ambühl, H. (1997). Internationale Studie zur Entwicklung der Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen. Ein Forschungsprojekt des „Collaborative Research Network“ (CRN). *Psychotherapeut*, 39, 336–38.
- Aronson, E., Pines, A. M. & Kafry, D. (1983). *Ausgebrannt. Vom Überdruß zur Selbstentfaltung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Beutler, L. E. (1997). The psychotherapist as a neglected variable in psychotherapy: An illustration by reference on the role of therapist experience and training. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 44–52.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, R. M., Talebi, H., Noble, S. & Wong, E. (2004). Therapist variables. In M. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.) (pp. 227–306). New York: Wiley.
- Burisch, M. (1994). *Das Burnout-Syndrom: Theorie der inneren Erschöpfung*. Berlin: Springer.
- Edelwich, J. & Brodsky, A. (1984). *Ausgebrannt – Das Burn-Out Syndrom in den Sozialberufen*. Salzburg: AVM-Verlag.
- Enzmann, D. & Kleiber, D. (1989). *Helfer-Leiden. Stress und Burnout in psychosozialen Berufen*. Heidelberg: Asanger.
- Enzmann, D., Schaufeli, W. & Girault, N. (1995). The validity of the Maslach Burnout Inventory in three national samples. In L. Bennett, D. Miller & M. Ross (Eds.), *Health Workers and AIDS: Research, Intervention, and Current Issues in Burnout and Response* (pp. 131–150). London: Harwood.
- Farber, B. A. (1990). Burnout in psychotherapists: Incidence, types and trends. *Psychotherapy in Private Practice*, 8, 35–44.

- Freudenberger, H.J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 159–165.
- Korunka, Ch., Nemeskeri, N. & Sauer, J. (2001). Carl Rogers als Psychotherapieforscher – Eine kritische Würdigung. *Person*, 2, 63–84.
- Künzel, R. & Schulte, D. (1986). „Burn-out“ und Praxisschock klinischer Psychologen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 15, 303–320.
- Lambert, M.J. & Okiishi, J.C. (1997). The effects of the individual psychotherapist and implications for future research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 66–75.
- Maslach, C. (1982). Burnout: A social psychological analysis. In J.W. Jones (Ed.), *The Burnout Syndrome* (pp. 30–53). Park Ridge: London House.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1984). Burnout in organizational settings. In S. Oscamp (Ed.), *Applied Social Psychology Annual* (pp. 133–153). Beverly Hills: Sage.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory. Manual*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Pines, A.M. (1993). An existential perspective. In W.B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Professional Burnout. Recent developments in theory and research* (pp. 33–52). London: Taylor & Francis.
- Putz, O. (2001). *Burnout bei Psychotherapeuten: Eine empirische Untersuchung speziell bei Verhaltenstherapeuten in Österreich*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Salzburg.
- Raquepaw, J.W. & Miller, R.S. (1989). Psychotherapist burnout: A componential analysis. *Professional Research and Practice*, 20, 32–36.
- Rogers, C.R. (1959a/1987). A theory of therapy, personality, an interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In Koch, S. (Ed.), *Psychology. A study of a science. Vol. III: Formulations of the person and the social context* (pp. 184–256). New York: Mc Graw Hill; dt. 1987: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln: GwG.
- Rogers, C.R. (1977). *Therapeut und Klient*. München: Kindler.
- Rogers, C.R. & Dymond, R.F. (Eds.) (1954). *Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in client-centered approach*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Sauer, J. (1993). Zur Wirksamkeit klientenzentrierter Psychotherapie. *Psychotherapie Forum*, 2, 67–80.
- Schwab, R. & Liese, G. (2000). Burnout und Persönlichkeit bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Ein Vergleich zwischen Gesprächspsychotherapeuten und Verhaltenstherapeuten. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 31, 45–51.
- Volgger, B. (2002). *Burnout bei österreichischen Klientenzentrierten Psychotherapeuten. Eine empirische Studie*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Salzburg.
- Willutzki, U. & Ambühl, H. (1993). Burnout und die Entwicklung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. In L. Montada (Hrsg.), *Bericht über den 38. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Trier 1992* (S. 806–813). Göttingen: Hogrefe.
- Willutzki, U. & Ambühl, H. (2000). Selbsterfahrung und die professionelle Entwicklung von VerhaltenstherapeutInnen. Eine empirische Perspektive. In A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie – Empirische Befunde* (S. 457–474). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Willutzki, U., Ambühl, H., Cierpka, M., Meyerberg, J., Orłinsky, D. & das SPR Collaborative Research Network (1997). Zufrieden oder ausgebrannt: Die berufliche Moral von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. In P.L. Janssen, M. Cierpka & P. Buchheim (Hrsg.), *Psychotherapie als Beruf* (S. 207–222). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Autoren

Barbara Volgger, Mag. phil., Studium der Psychologie an der Universität Salzburg; Psychologin im Ausbildungszentrum Schloss Oberrain/Unken, Dissertandin mit dem Thema: Sport- und Gesundheitsverhalten von Jugendlichen mit kognitiven und Mehrfachbeeinträchtigungen im Ausbildungsverlauf.

Anton-Rupert Laireiter, Dr. phil., Ass.-Prof., Fachbereich Psychologie, Leiter Beratungsstelle Klinische Psychologie, Psychotherapie und Gesundheitspsychologie, Klinischer Psychologe, Gesundheitspsychologe, Psychotherapeut (Verhaltenstherapie); Lehrtherapeut & Supervisor für Verhaltenstherapie, Wissenschaftliche Schwerpunkte: Soziale Beziehungen, Gerontopsychotherapie, Psychotherapieforschung (Ausbildung, Praxisevaluation).

Joachim Sauer, Dr. phil., Univ.-Prof., Abteilung für Sozialpsychologie im Fachbereich Psychologie der Paris-Lodron Universität Salzburg, Ausbilder für Klientenzentrierte Psychotherapie, Leiter des Universitätslehrganges für Supervision an der Universität Salzburg, Supervisor (ÖVS), Lehrsupervisor, Arbeitsschwerpunkte und zahlreiche Publikationen im Bereich der Sozialpsychologie, der Klinischen Psychologie, der Pädagogischen Psychologie und der Supervision.

Korrespondenzadresse

Anton-Rupert Laireiter, Dr. phil., Ass.Prof.
Joachim Sauer, Dr. phil., Ao. Univ.-Prof
Fachbereich Psychologie der Universität Salzburg
Hellbrunnerstr. 34; A-5020 Salzburg
E-Mail: anton.laireiter@sbg.ac.at; joachim.sauer@sbg.ac.at