

# Die Körpererfahrung von Burnout-Patientinnen und -Patienten

David Duncan

## 1. Hintergrund/Einführung

Ein Burnout zu erleiden, scheint zu einem Massenphänomen geworden zu sein, das konstant mediale Aufmerksamkeit erhält. Die Zahl der Angestellten, die aufgrund von psychologischen oder psychosozialen Erkrankungen nicht ihrer Arbeit nachgehen können, steigt kontinuierlich an. Laut Richter sind die durch mentales und emotionales Leiden bedingten Fehltag in Deutschland seit dem Jahr 2000 um immense 1400 % gestiegen. (Richter 2012, S. 3) Seit dem Jahr 2004 explodiert die Zahl der Fälle von Arbeitsunfähigkeit, die durch Burnout-ähnliche Symptome wie Erschöpfung und Teilnahmslosigkeit ausgelöst werden. So wurden zum Beispiel 2004 durchschnittlich 0,6 Fehltag pro 100 Angestellten in Deutschland verzeichnet, wohingegen es 2011 schon durchschnittlich 9 Fehltag aufgrund dieser Symptome waren, was einem Anstieg um das 15-Fache entspricht. Diese Zahlen sind weiterhin konstant steigend. (Richter 2012, S. 3)

Eine Umfrage der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) Deutschlands zeigt ferner (Richter 2012, S. 5), dass eine Burnout-Patientin bzw. ein Burnout-Patient im Jahr durchschnittlich für 30 Tage krankgeschrieben ist. Für die deutsche Volkswirtschaft belaufen sich die Kosten dafür auf 26 Milliarden Euro pro Jahr. (Richter 2012, S. 6) Doch nicht nur in Deutschland, sondern auch in Österreich läuten bei Ärztinnen und Ärzten die Alarmglocken. Eine kürzlich veröffentlichte Studie zeigt, dass 3 Millionen (von 8,5 Millionen) Österreicherinnen und Österreichern an Schlafstörungen leiden und 1,5 Millionen anfällig für Burnout sind. (Friedl 2006)

Der US-amerikanische Psychologe Herbert Freudenberger hat den Begriff *Burnout* in den 1970er-Jahren geprägt. Mit Hilfe dieses Ausdrucks hat er die Konsequenzen des schwerwiegenden Stresses und der hohen Anforderungen beschrieben, unter denen Menschen in Pflegeberufen leiden. So seien zum Beispiel Ärztinnen und Ärzte

sowie Krankenschwestern und -pfleger, die sich für andere aufopfern, schlussendlich oft ausgebrannt – also erschöpft, teilnahmslos und überfordert. Heutzutage wird der Begriff aber nicht mehr nur für Pflegeberufe oder für die Schattenseite der Aufopferungsbereitschaft verwendet. Es scheint jeden und jede treffen zu können: völlig gestresste Karrieristen und Stars, überarbeitete Angestellte sowie Hausfrauen und Hausmänner. (Hedderich 2009, S. 7) Im Jahr 1981 hat Maslach eine weiter reichende Definition eingeführt und gleichzeitig ein Messgerät zur Erfassung des Burnout-Syndroms entwickelt – das *Maslach Burnout Inventory*, welches bis heute das am häufigsten verwendete Messgerät ist. (Maslach 1982, S. 99) In den letzten Jahren ist das öffentliche Interesse am Burnout-Syndrom in der westlichen Welt immens gestiegen. Das ist auch auf die konstante mediale Berichterstattung zurückzuführen, in der über *ausgebrannte* Stars wie Demi Moore, Mariah Carey und Eminem informiert wird. (Savicki/Cooley 1983, S. 227)

Es muss jedoch aufgezeigt werden, dass zwischen dem medialen Allgemeinwissen und den spezifischen Kenntnissen eine große Diskrepanz besteht. Da die Medien dazu neigen, das Burnout-Syndrom mit arbeitsbedingtem Stress zu verwechseln, betrachten sich viele als Experten dafür. Dies ist durchaus verständlich, da fast alle Menschen schon einmal im Zuge ihrer beruflichen Laufbahn negative Emotionen erfahren haben, die durch arbeitsbedingten Stress ausgelöst wurden. In den letzten Jahrzehnten war das Burnout-Syndrom Gegenstand zahlreicher Untersuchungen in den Bereichen Psychologie und Soziologie, die dazu beigetragen haben, diese sich rapide ausbreitende Krankheit zu analysieren, zu identifizieren und zu klassifizieren. Das Hauptproblem, das sich hierbei für die Forschung ergibt, liegt an dem einfachen Umstand, dass es keine allgemein akzeptierte Definition von Burnout gibt, da sich die Abgrenzung zu anderen Krankheiten und Störungen als schwierig erweist.

## 1.1 Definition

Laut Maslach und Jackson ist ein Burnout das Ergebnis von chronischem Stress (arbeitsbedingt), der nicht erfolgreich verarbeitet wurde. Es charakterisiert sich durch Erschöpfung und Depersonalisierung (Negativismus und Zynismus) und tritt hauptsächlich in Pfl-

geberufen und sozialen Berufen auf (z. B. in der Sozialarbeit, bei Lehrenden, Ärztinnen und Ärzten). (Maslach 1982, S. 99)

In der 10. Revision der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (International Classification of Diseases ICD 10) wurde der Begriff *Burnout* unter Z. 73.0. als *Zustand der totalen Erschöpfung* durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information beschrieben.

Im Gegensatz zu früheren Beobachtungen der Epidemiologie des Burnouts wurde festgestellt, dass das Syndrom nicht in Zusammenhang mit spezifischen Arbeitsplätzen, Umständen, dem Geschlecht oder dem Alter steht. Das Auftreten des Burnout-Syndroms wurde in verschiedenen Berufsgruppen beschrieben wie z. B. in der Sozialarbeit, im Beratungswesen, bei Lehrenden, im Pflegebereich, bei Angestellten bzw. Selbstständigen in Laboren, im Bereich der Sozialarbeit, des Beratungswesens, der Logopädie, der Ergotherapie, der Polizei, im Management, bei Aufseherinnen bzw. Aufsehern in Gefängnissen, Ärztinnen und Ärzten oder Zahnärztinnen und Zahnärzten, Flugbegleiterinnen und Flugbegleitern, sogar bei Hausfrauen und -männern, Studierenden und Arbeitslosen. In psychologischen Erklärungen wird davon ausgegangen, dass in den meisten dieser Berufsgruppen die Kombination aus Pflege, Beratung, Heilung und Schutz, gepaart mit der Anforderung zu zeigen, dass man sich sorgt, von zentraler Bedeutung ist. Die in der Literatur veröffentlichten Prävalenzraten sind mit Vorsicht zu betrachten, da die verwendeten Definitionen und Klassifikationssysteme nicht einheitlich sind. Abhängig von den eingesetzten Evaluierungsinstrumenten und Klassifikationssystemen hat sich eine Burnout-Wahrscheinlichkeit von bis zu 30 % für Lehrende ergeben. Aktuellere Studien zeigen Prävalenzraten von bis zu 10 % für (Zahn-)Ärztinnen und Ärzte. (Weber/Jaeckel-Reinhard 2000, S. 512)

## 1.2 *Symptome des Burnout-Syndroms*

Burnout-Patientinnen und -Patienten weisen eine Vielzahl von möglichen Symptomen auf wie psychiatrische, psychosomatische, somatische und soziale Störungen. Die Betroffenen berichten von chronischer Müdigkeit und einem kontinuierlichen Erschöpfungszustand, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Präzisionsmangel und

Antriebslosigkeit wie beispielsweise Interesselosigkeit, Zynismus und aggressives Verhalten gegenüber ihrem sozialen Umfeld. Ferner sind auch schwerwiegende Störungen wie Angstzustände und depressive Verstimmungen an das Burnout-Syndrom gekoppelt. Die Bandbreite an somatischen Störungen umfasst Kopfschmerzen, Magen-Darm-Störungen (Reizmagen, Durchfall) oder kardiovaskuläre Störungen wie Tachykardie, Arrhythmie und Hypertonie. (Weber/Jaekel-Reinhard 2000, S. 512)

Da Burnout als ein Prozess gesehen werden kann, der manchmal mehrere Jahre lang andauert, hängt die Anzahl der Symptome immer von der Dauer und Schwere der Krankheit ab. Das Syndrom kann sogar negative soziale Folgen hervorrufen. Aus der Sicht der Betroffenen wären das beispielsweise ein Rückzug am Arbeitsplatz (genannt *innere Kündigung*) oder Auswirkungen auf das Privatleben (Beziehungs- und/oder sexuelle Probleme, soziale Isolation). Aus der Sicht der Gesellschaft gibt es ein erhöhtes Risiko für wiederholte oder lange Perioden der Arbeitsabwesenheit und frühe Invalidität. (Weber/Jaekel-Reinhard 2000, S. 512)

Freudenberger beschreibt das Burnout-Syndrom in zwölf Phasen und koppelt an jede Phase gewisse Symptome. (Litzcke/Schuh 2010) An dieser Stelle sei festgehalten, dass die Dauer der Phasen sehr individuell ist. Sie können sich über mehrere Monate hinwegziehen, einige Tage dauern oder eventuell sogar ausgelassen werden. Es kann außerdem auch vorkommen, dass Betroffene zwischen Phasen hin- und herwechseln, wenn sich diese überschneiden. Doch auch gesunde Menschen erleben gewisse Phasen dieses Zyklus, da Stress in jeder Arbeitssituation auftritt. Ein gesunder Mensch wird jedoch, nachdem er die stressige Situation gemeistert hat, wieder in den gesunden Zustand zurückkehren.

### 1.3 Forschungsgegenstand

Wie bereits eingangs erwähnt, ist diese Studie bestrebt, das aus Selbstreflexion gewonnene Wissen mit wissenschaftlichen Daten zu kombinieren.

Nach zahlreich durchgeführten Untersuchungen sind die Symptome des Burnout-Syndroms sehr genau dokumentiert worden. Eine Frage bleibt jedoch weiterhin unbeantwortet: Wie erfahren betroffene Menschen ihren eigenen Körper? Litzke und Schuh (2010) argu-

mentieren, dass Burnout-Patientinnen und -Patienten ihren Körper nicht wie gesunde Menschen *wahrnehmen*. Dieser Artikel versucht zu zeigen, wie der Körper von Burnout-Patientinnen und -Patienten in deren Vorstellung repräsentiert ist und welcher Unterschied hierbei zur Erfahrung von gesunden Menschen besteht.

Bevor nun auf die vorliegende Studie eingegangen wird, soll der Begriff *Körperbild* erklärt werden, damit das Konzept der mentalen Repräsentation des eigenen Körpers verstanden werden kann.

### 1.3.1 Körperbild

Das Körperbild ist »the picture of our own body which we form in our mind, that is to say the way in which the body appears to ourselves« (Schilder 1935, S. 11). Der österreichische Neurologe und Psychoanalytiker Paul Schilder hat als Erster den Begriff *Körperbild* geprägt. (Stice/Rhode/Shaw 2013, S. 104) Es wird davon ausgegangen, dass das Körperbild eines Menschen zum Teil das Ergebnis von persönlichen Erfahrungen, der Persönlichkeit und verschiedenen sozialen und kulturellen Kräften ist. Das Gespür eines Menschen für sein eigenes Aussehen, das generell in Relation zu anderen oder zu einem kulturellen *Ideal* steht, kann sein Körperbild formen. Wie ein Mensch sein eigenes Aussehen wahrnimmt, kann sich davon unterscheiden, wie andere Menschen sein Aussehen wahrnehmen. (Kiener 1973, S. 336) »Das Körperbild ist eine psychische Erfahrung, die sich auf Gefühle und Einstellungen gegenüber dem eigenen Körper fokussiert.« (Müller 2003, S. 42) In anderen Worten ist das Körperbild eine Kombination von allen positiven und negativen Gefühlen, die ein Mensch gegenüber seinem eigenen Körper hat. Bielefeld definiert das *Körperbild* als den psychologisch-phänomenologischen Teil der Körpererfahrung, der alle emotional-affektiven Handlungen des Individuums gegenüber seinem eigenen Körper umfasst. (Bielefeld 1991, S. 3) Laut Bielefeld handelt es sich bei der *Körpererfahrung* um die Summe aus Körperschema und Körperbild. Das *Körperschema* umfasst die Bereiche Körperorientierung, Körperausdehnung und Körperkenntnis. Aufgrund der phänomenologischen Ausrichtung der in diesem Artikel vorliegenden Studie wurde das Körperschema nicht untersucht, da es als neurophysiologischer Teil der Körpererfahrung definiert wird. Der Bereich des Körperbilds hingegen vereint alle psycho-phänomenologischen Unterbereiche der Körpererfahrung. Bielefeld unterteilt das Körperbild des Weiteren in drei Unterkategorien, nämlich

Körperbewusstsein, Körperausgrenzung und Körpereinstellung. Das *Körperbewusstsein* ist die psychische Repräsentation des eigenen Körpers oder eines Teils davon im Bewusstsein eines Individuums. Die *Körperausgrenzung* steht für die Erfahrung von körperlichen Grenzen, also die Fähigkeit, zwischen dem Körper und der Umgebung zu differenzieren. Die *Körpereinstellung*, die auch *Körperzufriedenheit* genannt wird, steht für die Summe aller Einstellungen zum eigenen Körper und zusätzlich auch für die Fähigkeit, Körpersignale wie Schmerzen und Anspannung zu interpretieren. Die Kombination von diesen drei Kategorien wird von Bielefeld als *Körperbild* bezeichnet. Dem fügt er hinzu, dass es sich hierbei um ein schematisches Konzept des eigenen Körpers handelt, das durch interne und externe Wahrnehmungsprozesse vom Individuum geschaffen wird. Bielefeld definiert des Weiteren die *Körpererfahrung* als Summe aller Erfahrungen mit dem eigenen Körper, die während des Verlaufs der individuellen und sozialen Entwicklung gesammelt werden und sowohl kognitiv und affektiv als auch bewusst und unbewusst sein können. (Bielefeld 1991, S. 5)

Diese Studie interessiert sich auch für die Körperzufriedenheit. Die in diesem Zusammenhang gestellte Frage ist: Wie bewerten Patientinnen und Patienten ihre unterschiedlichen Körperteile – erwecken diese in ihnen eher positive oder negative Gefühle?

### 1.3.2 Körperdifferenzierung

Die Patientinnen und Patienten wurden nicht nur zu ihrer Körperzufriedenheit befragt, sondern es wurde auch getestet, wie differenziert sie ihren Körper wahrnehmen können. In der Fachliteratur wird behauptet, dass Patientinnen und Patienten, die an psychischen Störungen leiden, ihren Körper weniger differenziert erfahren als gesunde Menschen. (Kiener 1973, S. 336) Es kann ferner argumentiert werden, dass Menschen, die ihren eigenen Körper und ihre Bedürfnisse nicht *spüren*, stark gefährdet sind, ein Burnout zu erleiden, da sie die Symptome und Warnsignale, die ihnen ihr Körper sendet, vernachlässigen. (Bruch 1962, S. 167; Günter 2009, S. 210) Um den eigenen Körper zu *spüren*, muss ein Mensch in der Lage sein, ihn zu differenzieren. Müller argumentiert, dass ein hoher Grad der Differenzierung dazu führt, dass das Körperbild stabil im eigenen Gehirn integriert wird. (Müller 2003, S. 43) Daraus ergibt sich wiederum ein stabiles Selbstbild, das unerlässlich ist, um ein Burnout und andere

psychische Störungen zu vermeiden. Die Fähigkeit, sich auf Bereiche des Körpers zu konzentrieren, mit denen man unzufrieden ist, geht Hand in Hand mit dem Zustand, sich nicht unzufrieden mit seinem gesamten Körper zu fühlen, nur weil ein Körperteil beeinträchtigt ist, womit man auch sein Selbstbild stabilisiert. Sobald ein Mensch in der Lage ist zu erkennen, dass die Beeinträchtigung eines Bereichs des Körpers nicht zu einem Zusammenbruch des gesamten Systems führt, sondern eher etwas ist, das wiederhergestellt werden kann, wenn man sich darauf konzentriert, ist der Weg zu einem gesünderen Selbstbild geebnet.

## 2. Methodik

### 2.1 *Materialien und Vorgehensweise*

Der *Körperbildmaltest* wurde von Günter (2009) für Tests mit Kindern entwickelt und später von Geiger (2008) an Erwachsene angepasst. Das Layout wurde von Glawischnig (2010) modifiziert, um als Testinstrument für Erwachsene fungieren zu können. Im Gegensatz zu den meisten Fragebögen und Interviews, die sich auf die Fähigkeit der Befragten stützen, ihre Gefühle gegenüber ihrem Körper verbal zu beschreiben, was oft eine Herausforderung darstellt, liegt der Vorteil dieses Tests, laut Günter, darin, dass die Körpererfahrung visuell und grafisch dargestellt wird. Ferner bietet der Test nicht nur die Möglichkeit, die Körperzufriedenheit der Patientinnen und Patienten zu untersuchen, sondern auch ihre Fähigkeit, ihren Körper zu differenzieren, zu analysieren.

Der Körpermaltest umfasst zwei schematisch dargestellte Umrisse eines erwachsenen Körpers, die sich nach dem Geschlecht der Befragten richten (siehe Abb. 1 sowie Abb. 2) und den Körper einmal von vorne sowie einmal von der Seite abbilden. Über diesen Figuren finden die Befragten eine Instruktion darüber, wie sie diese Körper ausmalen sollen. Die Anleitung wurde vom Interviewer auch vorgelesen und bei etwaigen Unklarheiten genauer erläutert. Um Missverständnissen vorzubeugen, wurde die Anleitung so einfach wie möglich formuliert. Es wurde ebenso auf die Abbildung des Genitalbereichs und der Brustwarzen verzichtet, um etwaigen Fehlinterpretationen und Ablenkungen vorzubeugen.

Der folgende Text war auf allen Körperbildmaltests zu finden:  
Bitte male die Figur mit Farben an.

Dabei verwendest du für die Teile deines Körpers,

mit denen du **sehr unzufrieden** bist, die Farbe **Blau**.

mit denen du **unzufrieden** bist, die Farbe **Grün**.

mit denen du **weder unzufrieden** noch **zufrieden** bist, die Farbe **Schwarz**.

mit denen du **zufrieden** bist, die Farbe **Gelb**.

mit denen du **sehr zufrieden** bist, die Farbe **Rot**.

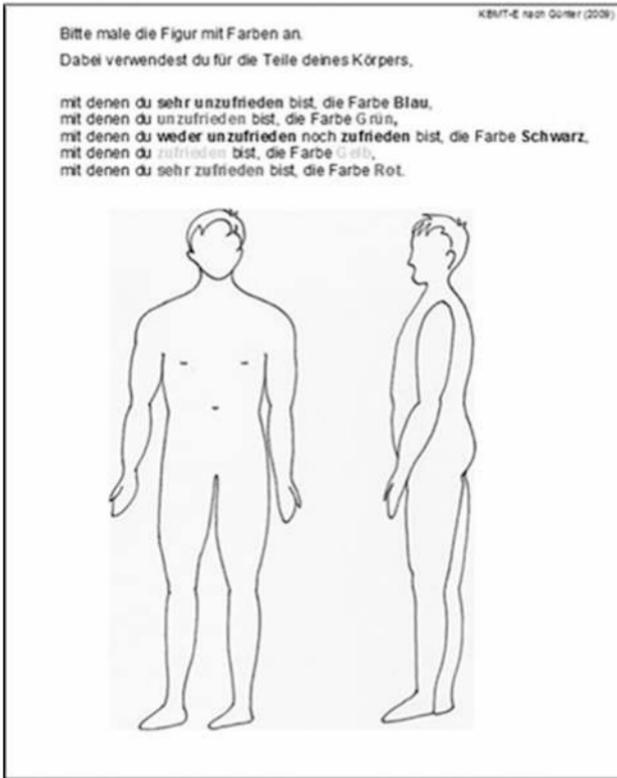


Abb. 1: Körperbildmaltest männliche Form

Die ausgemalten Tests wurden danach mit Hilfe eines standardisierten Bewertungsschemas ausgewertet (Abb. 3).

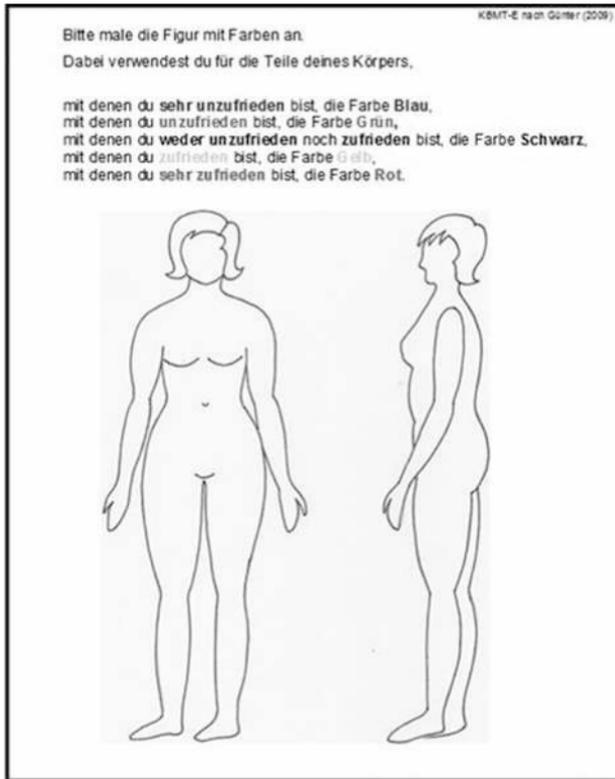


Abb. 2: Körperbildmaltest weibliche Form

Die Zufriedenheit wurde mit Hilfe der österreichischen Leistungsbeurteilung (1–5, wobei 1 *sehr zufrieden* und 5 *sehr unzufrieden* bedeutet) bewertet. Die Noten (= Farben) jeder Körperregion wurden addiert und eine Durchschnittsnote ermittelt.

Um den Grad der Zufriedenheit zu berechnen, wurden die differenzierten, bemalten Regionen (im Falle von symmetrischen Regionen wie Ohren, Augen, Arme und Beine zählten die zwei Regionen als eine, sofern sie mit der gleichen Farbe bemalt wurden) zusammengezählt und danach durch die Gesamtanzahl der Regionen (52) dividiert. Demzufolge konnte der maximale Differenzierungsgrad die Zahl 1 als Höchstwert erreichen (das bedeutet, dass sich die getestete Person über viele verschiedene Körperteile bewusst ist) und 0,02 als

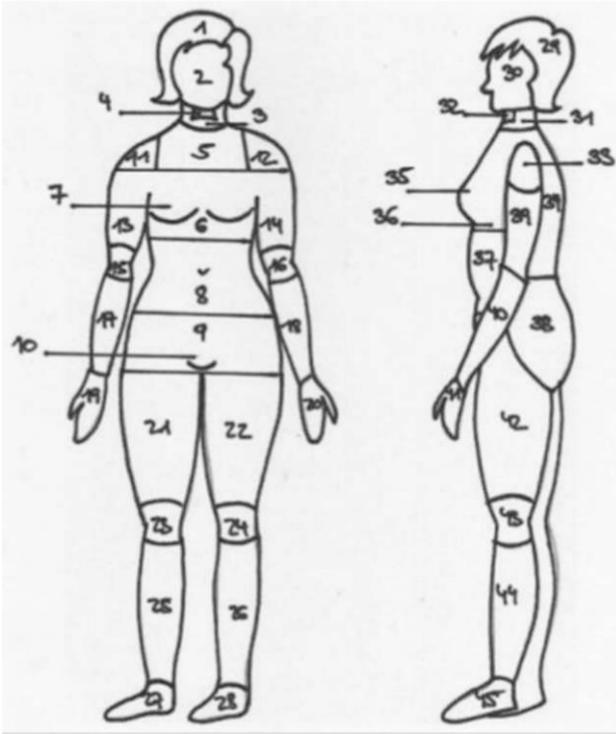


Abb. 3: Bewertungsmuster

Minimalwert für den Fall, dass sie ihren gesamten Körper in nur einer Farbe ausgemalt hatte (das bedeutet, dass der Körper nicht in differenzierten Regionen wahrgenommen wird).

## 2.2 Untersuchungsrahmen

Es wurden insgesamt 83 Körperbildmaltests (= KBMTs) durchgeführt. 47 dieser 83 Tests wurden mit Patientinnen und Patienten durchgeführt, die im selben Krankenhaus für mindestens eine und maximal zehn Wochen mit der Primärdiagnose *Depression* und einer weiteren Diagnose *Burnout* in stationärer Behandlung waren. Die Gruppe setzte sich aus 24 weiblichen Patientinnen und 23 männlichen Patienten zusammen, die zwischen 38 und 76 Jahren alt waren.

Alle Patientinnen und Patienten wurden von der Stationsoberärztin zugewiesen und nahmen freiwillig an dem Test teil.

Es wurden 36 KBMTs mit einer Kontrollgruppe durchgeführt, deren Teilnehmerinnen und Teilnehmer für dasselbe Unternehmen arbeiteten und von der betrieblichen Arbeitsmedizinerin als *gesund* eingestuft wurden. Die Kontrollgruppe setzte sich aus 22 Frauen und 14 Männern zusammen, die alle zwischen 18 und 55 Jahren alt waren. Die Teilnahme war freiwillig.

### 3. Ergebnisse

Die Ergebnisse verdeutlichen einen signifikanten Unterschied zwischen der Gruppe, die an Burnout leidet, und der Kontrollgruppe. Es war nützlich, die Patientinnen und Patienten in Unterkategorien einzuteilen. Zwei Kategorien wurden aufgrund von spezifischen Merkmalen in den KBMTs gebildet und eine dritte Kategorie setzte sich aus Patientinnen und Patienten zusammen, die weniger Unterschiede zu der Kontrollgruppe aufwiesen als die anderen zwei Kategorien. Interessanterweise unterschieden sich die Kategorien nicht nur durch ihre Körperzufriedenheit und ihre Fähigkeit, ihren Körper zu differenzieren, sondern zeigten auch, dass sich diese Faktoren im Verlauf ihrer stationären Behandlung verbesserten. Im folgenden Teil des Artikels werden nun die Ergebnisse in Form von Diagrammen präsentiert und nachstehend erklärt. Abschließend wird ein Fazit in Bezug auf die Ergebnisse formuliert.

#### 3.1 *Alle Patientinnen und Patienten vs. Kontrollgruppe*

Das Diagramm (Abb. 4) bildet den Unterschied zwischen allen befragten Patientinnen und Patienten und der Kontrollgruppe ab. Es zeigt sich, dass die Mitglieder der Kontrollgruppe zufriedener mit ihren Körpern sind (2,12 vs. 2,87) und einen höheren Differenzierungsgrad aufweisen (0,26 vs. 0,16). Die ermittelten Unterschiede zwischen der Gruppe von Burnout-Patientinnen und -Patienten zu der Kontrollgruppe bezüglich Körperzufriedenheit und -differenzierung sind nicht zufällig, sondern unterliegen einem systematischen Effekt. Beide Stichproben stammen aus unterschiedlichen Populationen. Das Signifikanzniveau hinsichtlich der abhängigen Variablen

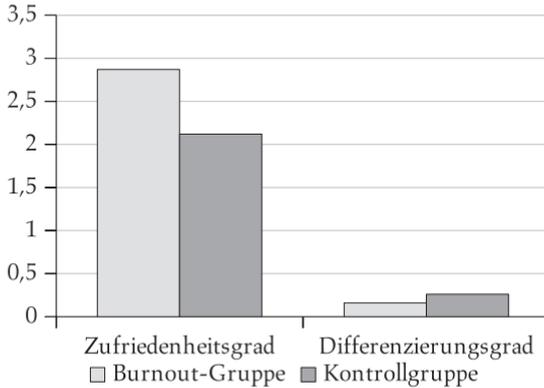


Abb. 4: Patientinnen und Patienten vs. Kontrollgruppe

liegt bei weniger als 1 % ( $p_{\text{Zufriedenheit}} = 0,000112466$ ,  $p_{\text{Differenzierung}} = 0,0000643282$ ) und kann daher als sehr signifikant angesehen werden.

Es wurde gezeigt, dass es einen bedeutenden Unterschied zwischen Burnout-Patientinnen und -Patienten und der Kontrollgruppe gab. In der Folge werden nun die Burnout-Patientinnen und -Patienten in Untergruppen geteilt, da ihre Testergebnisse sehr unterschiedlich sind. Zuerst sollen diese Unterschiede durch Zahlen verdeutlicht werden und dann durch Beispiele von Testpersonen.

### 3.2 Grad der Zufriedenheit

Das folgende Diagramm (Abb. 5) zeigt, dass die Burnout-Typen I und II an den Enden der Zufriedenheitsskala stehen. Typ I ist bei einem Wert von 3,7 sehr unzufrieden mit seinem Körper, wohingegen Typ II bei einem Wert von 1,59 sehr zufrieden scheint. Typ III (2,94) ist in der Mitte der Skala angesiedelt. Die Kontrollgruppe (2,12) befindet sich zwischen Typ II und III. Die ermittelten Unterschiede zwischen den einzelnen Typen von Burnout-Patientinnen und -Patienten bezüglich ihrer Körperzufriedenheit sind nicht zufällig, sondern unterliegen einem systematischen Effekt. Beide Stichproben stammen aus unterschiedlichen Populationen. Das Signifikanzniveau hinsichtlich der abhängigen Variablen liegt bei weniger als 1 % ( $p_{\text{Zufriedenheit-TI-TII}} = 0,000013$ ,  $p_{\text{Zufriedenheit-TI-TIII}} = 0,000059$ ) und kann daher als sehr signifikant angesehen werden.

## Die Körpererfahrung von Burnout-Patientinnen und -Patienten

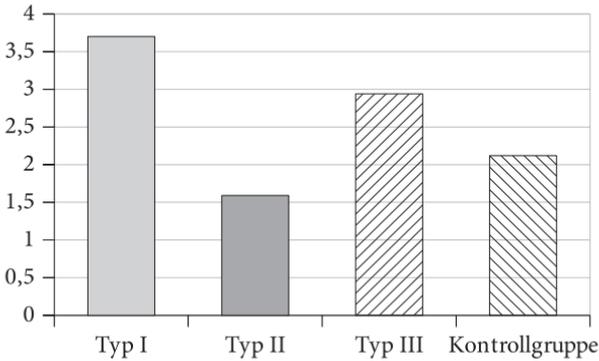


Abb. 5: Grad der Zufriedenheit

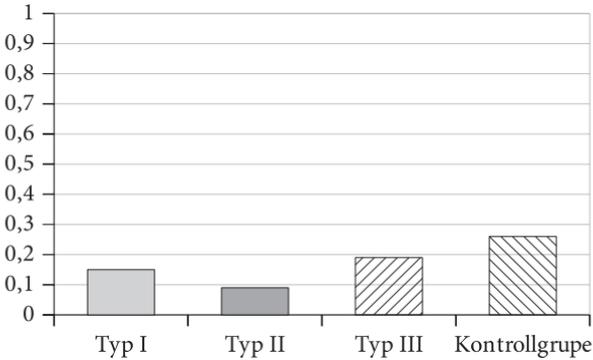


Abb. 6: Grad der Differenzierung

### 3.3 Grad der Differenzierung

Auch der Differenzierungsgrad zeigt, dass Typ I und II an den Enden der Skala angesiedelt sind (Abb. 6). Diesmal finden sie sich aber am selben Ende wieder. Mitglieder des Typs I (0,15) und II (0,09) weisen einen sehr niedrigen Differenzierungsgrad auf, wohingegen Typ III (0,19) näher an das Ergebnis der Kontrollgruppe (0,26) herankommt. Die ermittelten Unterschiede zwischen den einzelnen Typen von Burnout-Patientinnen und -Patienten bezüglich ihrer Körperdifferenzierung sind nicht zufällig, sondern unterliegen einem systemati-

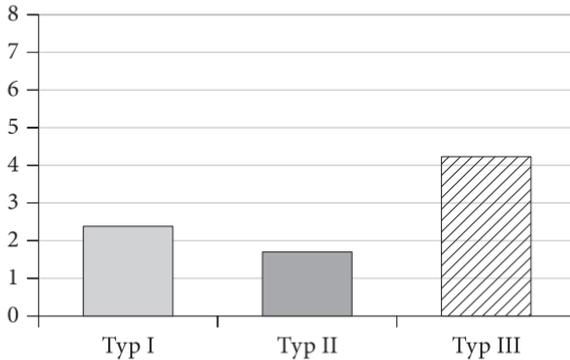


Abb. 7: Dauer der stationären Behandlung

schen Effekt. Beide Stichproben stammen aus unterschiedlichen Populationen. Das Signifikanzniveau hinsichtlich der abhängigen Variablen liegt bei weniger als 1 % ( $p_{\text{Differenzierung TI-TIII}} = 0,000011$ ) und kann daher als sehr signifikant angesehen werden.

### 3.4 Dauer der stationären Behandlung

Das Diagramm (Abb. 7) zeigt die durchschnittliche stationäre Behandlungszeit der Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt des Tests. Die Mitglieder des Typs I und II waren erst seit kurzer Zeit in stationärer Behandlung, Typ I seit 2,38 Wochen und Typ II seit 1,7 Wochen. Typ-III-Patientinnen und -Patienten befanden sich hingegen schon seit längerer Zeit in stationärer Behandlung (4,23 Wochen).

### 3.5 Die Unterkategorien der Burnout-Patientinnen und -Patienten

Nachdem nun die signifikanten Unterschiede der Burnout-Patientinnen und -Patienten präsentiert wurden, beschreibt der folgende Teil des Artikels die verschiedenen Typen.

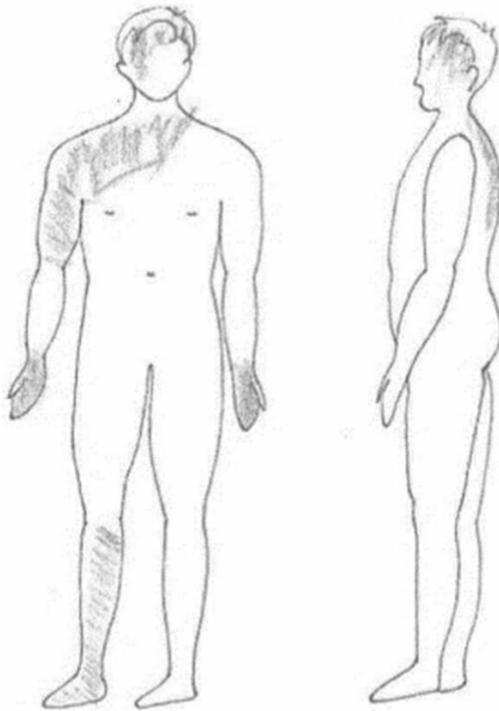


Abb. 8: Der selektive Typ

### 3.5.1 Typ I – der selektive Typ

Der Körperbildmaltest wurde von dieser Patientinnen- und Patientengruppe auf eine sehr spezifische Art und Weise ausgemalt. Anstatt die gesamte Figur auszumalen, hoben diese Patientinnen und Patienten nur sehr wenige Bereiche hervor. Die ausgewählten Bereiche wurden meistens mit *sehr unzufrieden* oder *unzufrieden* kategorisiert. Es kann gesagt werden, dass diese Patientinnen und Patienten ihren Körper nur bei Schmerzen wahrnehmen. Sowohl der Zufriedenheits- (3,7) als auch der Differenzierungsgrad (0,15) sind sehr niedrig. Die nachfolgende Figur (Abb. 8) zeigt das Ergebnis einer typischen Patientin bzw. eines typischen Patienten dieser Gruppe. Von 47 Patientinnen und Patienten repräsentieren 12 (7 Männer, 5 Frauen) diese Gruppe (25,53 %). Als der Test durchgeführt wurde, befanden sich

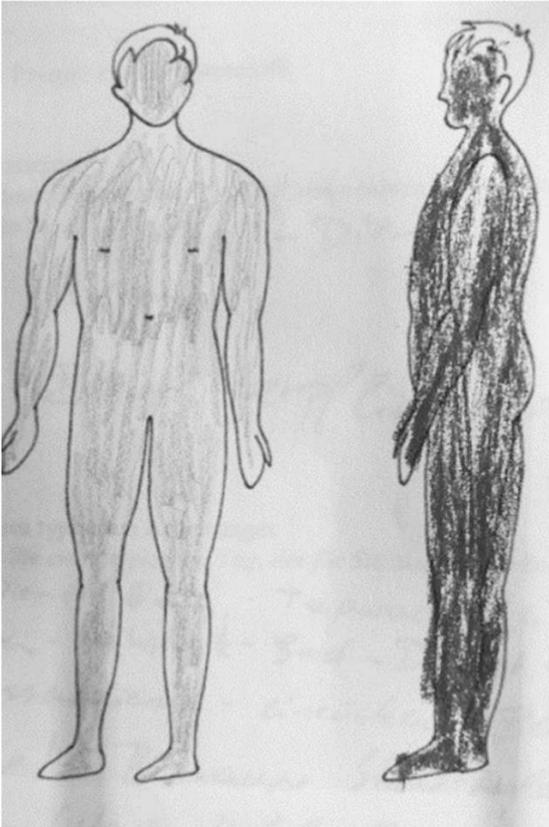
die Gruppenmitglieder im Durchschnitt bereits 2,4 Wochen in stationärer Behandlung.

### 3.5.2 Typ II – der totalitäre Typ

Es scheint, als sei der totalitäre Typ sehr zufrieden mit seinem Körper. Der Zufriedenheitsgrad ist sehr hoch (1,59). Doch wie bereits erwähnt, *schützt* ein hoher Zufriedenheitsgrad alleine nicht vor einem Burnout. In diesem Fall ist der Differenzierungsgrad der Patientinnen und Patienten sehr niedrig (0,09). Das bedeutet, dass die Gruppenmitglieder kein stabiles Selbstbild haben, das einen gewissen Differenzierungsgrad voraussetzen würde. Von 47 Patientinnen und Patienten repräsentieren 9 (5 Männer, 4 Frauen) diese Gruppe (19,15 %). Um als Typ-II-Patientinnen bzw. -Patienten klassifiziert zu werden, muss die Figur komplett mit einer Farbe ausgemalt werden, die entweder *zufrieden* oder *sehr zufrieden* bedeutet. Es ist lediglich eine zusätzliche Farbe erlaubt, die aber nur maximal zwei kleine Regionen (zum Beispiel die Schultern oder Hände) bedeckt. Als der Test durchgeführt wurde, befanden sich die Gruppenmitglieder im Durchschnitt 1,7 Wochen in stationärer Behandlung. Abb. 9 zeigt ein typisches Bild eines Mitglieds dieser Gruppe.

### 3.5.3 Typ III – der differenzierte Typ

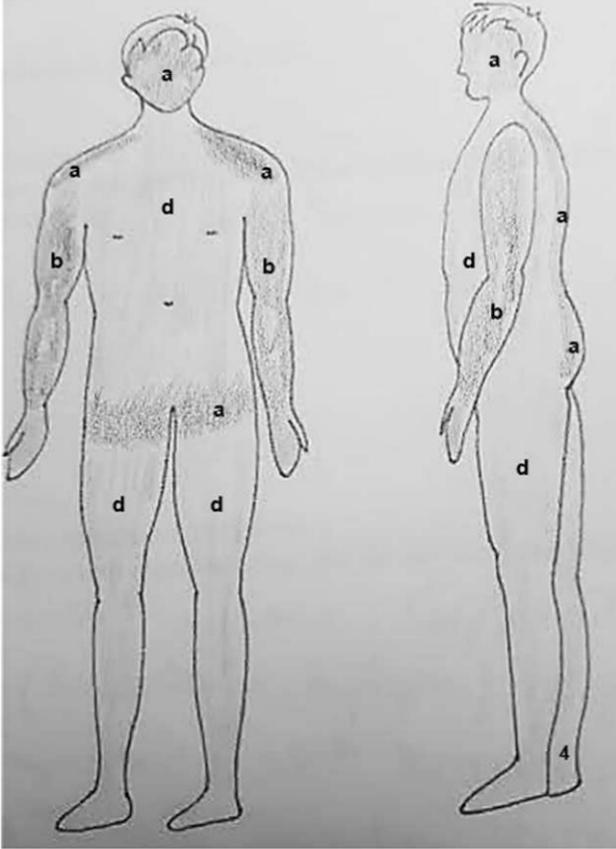
Dieser Typ ähnelt der Kontrollgruppe bei einem durchschnittlichen Zufriedenheitsgrad (2,94) am meisten und hat einen höheren Differenzierungsgrad (0,19) als die anderen zwei Typen. Von 47 Patientinnen und Patienten repräsentieren 26 (12 Männer, 14 Frauen) diese Gruppe (55,32 %). Die Ergebnisse sind jedoch wenig überraschend, da die Mitglieder dieser Gruppe bereits durchschnittlich 4,23 Wochen in Therapie waren, als der Test durchgeführt wurde. Abb. 10 zeigt ein Gruppenmitglied im Vergleich zu einem Mitglied der Kontrollgruppe (Abb. 11). Zur Verdeutlichung der unterschiedlichen Farben wurden die eingefärbten Bereiche wie folgt beschriftet: a = Blau, b = Grün, c = Schwarz, d = Gelb, e = Rot.



*Abb. 9: Der totalitäre Typ*

#### 4. Diskussion der Ergebnisse

Es zeigt sich eine Vielzahl an Ergebnissen, und es ist an dieser Stelle unmöglich, sie alle in nur einem Artikel zu interpretieren. Hinsichtlich Bielefelds Körperbild und den drei Unterkategorien Körperbewusstsein, Körperausgrenzung und KörperEinstellung kann festgehalten werden, dass vor allem das Körperbewusstsein und die KörperEinstellung in dieser Studie eine große Rolle spielen. Burnout-Patientinnen und -Patienten, vor allem in der frühen Therapie-



*Abb. 10: Der differenzierte Typ*

phase, scheinen sich ihres Körpers nicht bewusst zu sein. Sie nehmen ihn entweder nur als Ganzes wahr, ohne in der Lage zu sein, zwischen den einzelnen Körperteilen zu differenzieren, oder sie nehmen nur abgetrennte Schmerzbereiche wahr. Die zwei Typen, die noch nicht allzu lange in Therapie waren, weil sie erst, kurz bevor der Test durchgeführt wurde, in stationäre Behandlung kamen, zeigen deutliche Unterschiede in Bezug auf den Zufriedenheitsgrad. Während des Therapieverlaufs nähern sie sich aber den Werten der Kontrollgruppe an. Die Ergebnisse unterstreichen die große Bedeutung einer Therapie.

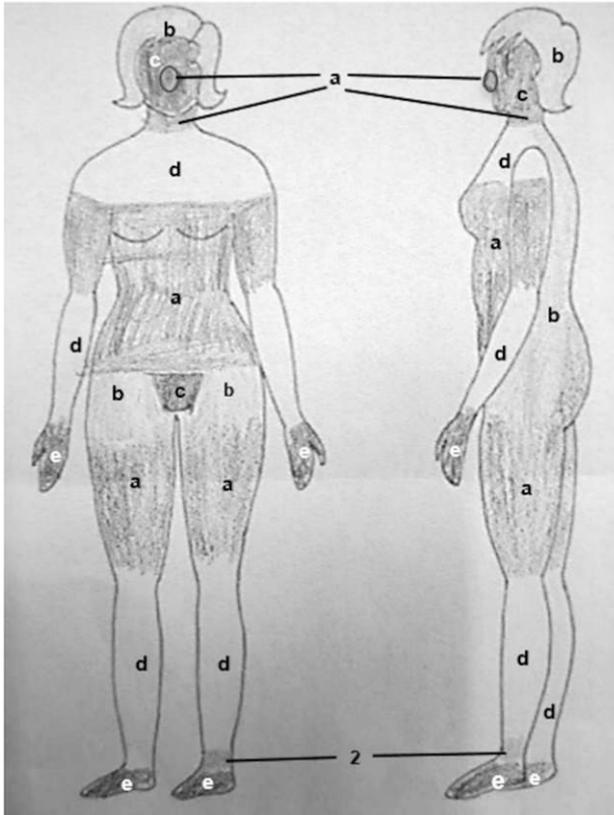


Abb. 11: Kontrollgruppe

In Bezug auf die Typen der Burnout-Patientinnen und -Patienten kann abschließend gesagt werden, dass die Betroffenen zu Beginn einer stationären Behandlung in zwei Gruppen unterteilt werden können. Die erste weist einen sehr niedrigen Grad der Körperzufriedenheit auf (Typ I – der selektive Typ) und die zweite einen sehr hohen Zufriedenheitsgrad (Typ II – der totalitäre Typ). Verglichen mit der Kontrollgruppe haben aber beide Gruppen einen sehr niedrigen Differenzierungsgrad. Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass Typ-I-Patientinnen und -Patienten ihren Körper als *gebrochen* wahrnehmen. Dieses Gefühl eines gebrochenen Körpers äußert sich durch Schmerzen, die Patientinnen und Patienten fühlen. Wenn sie über

ihren Körper reflektieren, dominieren diese Bereiche die gesamte Selbstreflexion der Betroffenen und zwingen sie dazu, sich nur auf diese wenigen Bereiche zu fokussieren. Die Typ-II-Patientinnen und -Patienten nehmen ihren Körper hingegen als ein Ganzes wahr. Sie können ihren Körper nicht differenziert wahrnehmen und neigen, da sie sich nach einiger Zeit in stationärer Behandlung besser fühlen, dazu, sich vollständig in eine Richtung zu orientieren, in ihrem Fall in die zufriedene Richtung, ohne dabei aber zur Differenzierung in der Lage zu sein. Diese Theorie wird auch durch die Tatsache unterstützt, dass sich beide Extrem-Typen nach durchschnittlich vier Wochen Therapie an einen Zustand in der Mitte annähern. Dieser Typ III zeigt, dass er fähiger ist, zwischen positiven und negativen Gefühlen gegenüber dem eigenen Körper zu differenzieren. Dadurch macht er auch die ersten Schritte in Richtung einer Annäherung an die Kontrollgruppe. Nach ungefähr vier Wochen in stationärer Behandlung und Therapie zeigen die Burnout-Patientinnen und -Patienten einen höheren Differenzierungsgrad, aber der Unterschied zur Kontrollgruppe ist dennoch signifikant. Die Kontrollgruppe weist außerdem eine höhere Zufriedenheit mit ihrem Körper auf. Das führt zu dem Schluss, dass Burnout-Patientinnen und -Patienten nicht nur unter emotionaler Erschöpfung leiden, sondern auch eine dysregulierte Vorstellung von ihrem eigenen Körper haben. Dieses Merkmal findet sich aber nicht nur bei einem Burnout. Viele Spezialistinnen und Spezialisten beschreiben dieses Krankheitsbild auch bei anderen Krankheiten wie etwa Anorexia nervosa (Geiger 2008), Adipositas (Breitenöder-Wehrung u. a. 1998, S. 483) und Bulimia nervosa (Breitenöder-Wehrung u. a. 1998, S. 483). Es kann davon ausgegangen werden, dass das *Körperbild* und die *Wahrnehmung* des Körpers bei Betroffenen von Burnout genauso dysreguliert ist wie bei Patientinnen und Patienten, die unter anderen psychischen Störungen leiden.

## Literatur

- Bielefeld, J. (1991): *Körpererfahrung – Grundlagen menschlichen Bewegungsverhaltens*, Göttingen: Psychologie.
- Breitenöder-Wehrung, A. [u. a.] (1998): »Comparison of the body image of healthy and psychiatrically and chronically ill children using the KBMT-K«. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 48 (12), S. 483–490.

- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hg.) (1994): *ICD-10 – Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. Revision. Bd. 1: Systematisches Verzeichnis*, München: Urban & Schwarzenberg.
- Bruch, H. (1962): »Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa«. In: *Psychosomatic Medicine*, 24, S. 187–194.
- Friedl, W. (2006): »Österreichs erste große Burnoutstudie. Eine Ursachenanalyse als repräsentative Grundlage zur Entwicklung von Gegenstrategien als Ausweg aus der Krise«. In: [http://www.aerztekammer.at/c/document\\_library/get\\_file?uuid=db3d4f44-bcfb-4968-a5e5-5832fd9e0033&groupId=427872](http://www.aerztekammer.at/c/document_library/get_file?uuid=db3d4f44-bcfb-4968-a5e5-5832fd9e0033&groupId=427872) [abgerufen am 14.05.2018].
- Geiger, H. (2008): *Der Zusammenhang zwischen Körperbild und Essverhalten: Eine Untersuchung anhand des Körperbildmaltests für Erwachsene*, Tübingen: Eberhard Karls Universität.
- Glawischnig, S. (2010): *Intervention bei übergewichtigen und adipösen Erwachsenen durch ein polysportives Bewegungsangebot*, Graz (= Diplomarbeit Karl-Franzens-Universität Graz).
- Günter, M. (2009): »Körperbildforschung bei Kindern mit Hilfe des Körperbildmaltests für Kinder (KMBT-K)«. In: *Körpererleben und Körperbild. Ein Handbuch zur Diagnostik*, hrsg. von P. Joraschky, T. Loew u. F. Röhrich, Stuttgart: Schattauer, S. 210–218.
- Hedderich, I. (2009): *Burnout – Ursachen, Formen, Auswege*, München: Beck.
- Kiener, F. (1973): »Untersuchungen zum Körperbild. 1. Teil.« In: *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 21, S. 335–351.
- Köpl, M. (2006): *Ausgebrannt?! – Strukturwandel und Burnout-Syndrom in sozialen Berufen*, Saarbrücken: VDM.
- Litzcke, S. / Schuh, H. (2010): *Stress, Mobbing, Burnout am Arbeitsplatz*, Heidelberg: Springer.
- Maslach, C. / Jackson, S. (1982): »The measurement of experienced burnout«. In: *Journal Occupational Behavior*, 2, S. 99–113.
- Müller, E. (2003): *Ausgebrannt – Wege aus der Burnout-Krise*, Freiburg/Br.: Herder.
- Richter, R. (2012): »BPTK – Studie zur Arbeitsunfähigkeit. Psychische Erkrankungen und Burnout 2012«. In: [http://www.bptk.de/uploads/media/201206\\_06\\_AU-Studie-2012.pdf](http://www.bptk.de/uploads/media/201206_06_AU-Studie-2012.pdf) [abgerufen am 14.05.2018].
- Savicki, V. / Cooley, E. (1983): »Theoretical and research considerations of burnout«. In: *Children and Youth Services Review*, 5, S. 227–238.
- Slade, P. (1988): »Body image in anorexia nervosa«. In: *British Journal of Psychiatry*, 153, S. 20–22.
- Schilder, P. (1935): *The Image and Appearance of the Human Body. Studies in the Constructive Energies of the Psyche*, London: K. Paul, Trench, Trubner & Company Limited.
- Stice, E. / Rohde, P. / Shaw, H. (2013): *The Body Project*, Oxford: Univ.-Press.
- Weber, A. / Jaeckel-Reinhard, A. (2000): »Burnout syndrome: A Disease of modern societies?«. In: *Occupational Medicine*, 50 (7), S. 512–517.