

Burnout und Perfektionismus

**Ein SMS-Nachsorgeprogramm zur Modifikation perfektionistischer
Kognitionen stationärer Burnout-Patienten**

Inauguraldissertation zur Erlangung des Grades eines Dr. phil.
am Fachbereich Psychologie der Universität Koblenz-Landau

vorgelegt von:

Dipl.-Psych. Manuel R. Ortmann

Gutachter:

1. Prof. Dr. Annette Schröder (Universität Koblenz-Landau)
2. Dr. Christine Altstötter-Gleich (Universität Koblenz-Landau)

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	5
Abbildungsverzeichnis	7
1 Zusammenfassung	8
2 Einleitung und Zielsetzung	11
3 Burnout-Syndrom	14
3.1 Einführung	14
3.2 Definition	15
3.3 Symptomatik	16
3.4 Verlauf	17
3.5 Epidemiologie	18
3.6 Ätiologie	19
3.7 Diagnostik	20
3.8 Burnout und Depression	21
3.9 Burnout und somatische Krankheiten	22
3.10 Psychotherapie bei Burnout	23
3.10.1 Stationäre Therapie	25
3.11 Fazit	26
4 Perfektionismus	28
4.1 Einführung	28
4.2 Konzeptionen des Perfektionismus	29
4.2.1 Hewitt & Flett	30
4.2.2 Frost et al.	32
4.2.3 Slaney et al.	33
4.3 Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Modell des Perfektionismus	33
4.4 Therapie des Perfektionismus	35
4.5 Perfektionismus und Burnout	37
4.5.1 Empirische Studien	40
4.6 Fazit	42
5 Nachsorge stationärer psychotherapeutischer Behandlung	44
5.1 Ziele und Methoden ambulanter Nachsorge	45
5.2 Wirksamkeit von ambulanter Nachsorge	46

5.3	Nachsorge im Rahmen der Burnout-Therapien.....	48
5.4	Informations- und Kommunikationstechnologien in der Nachsorge.....	48
5.4.1	Internet-basierte Interventionen.....	49
5.4.2	Mobiltelefon-basierte Interventionen.....	49
5.5	Fazit.....	53
6	Fragestellung und Hypothesen.....	55
7	SMS-basierte Nachsorgeprogramm.....	57
7.1	Konzept.....	57
7.2	Technische Umsetzung.....	59
7.3	Ablauf.....	61
7.4	Routinemäßige Behandlung.....	63
8	Methoden.....	66
8.1	Studiendesign.....	66
8.1.1	Ein- und Ausschlusskriterien.....	68
8.2	Durchführung der Studie.....	68
8.3	Messinstrumente.....	69
8.3.1	Maslach Burnout Inventory General Survey (MBI-GS-D).....	69
8.3.2	Beck-Depressions-Inventar-V (BDI-V).....	72
8.3.3	Perfektionismusfragebogen.....	73
8.3.3.1	Multidimensional Perfectionism Scale (FMPS).....	74
8.3.3.2	Multidimensional Perfectionism Scale (HMPS).....	76
8.3.3.3	Almost Perfect Scale (APS-R).....	77
8.3.3.4	Performance Perfectionism Scale (PPS).....	78
8.3.3.5	Summenskalen dysfunktionaler und funktionaler Perfektionismus.....	79
8.3.4	Datenerhebung.....	80
8.3.5	Telefoninterview.....	80
8.4	Auswertung.....	81
8.5	Stichprobenbeschreibung.....	83
9	Ergebnisse.....	87
9.1	Inanspruchnahme und Akzeptanz.....	87
9.2	Wirksamkeit.....	89
9.2.1	Baseline.....	89
9.2.2	Maslach Burnout Inventory General Survey (MBI-GS-D).....	91
9.2.2.1	Erschöpfung.....	91

9.2.2.2	Zynismus.....	93
9.2.2.3	Berufliche Leistungsfähigkeit.....	95
9.2.2.4	Zusammenfassung	97
9.2.3	Beck-Depressions-Inventar-V (BDI-V)	97
9.2.4	Perfektionismus	99
9.2.4.1	Dysfunktionaler Perfektionismus	99
9.2.4.1.1	Concern over Mistakes (FMPS)	99
9.2.4.1.2	Doubts about Actions (FMPS)	101
9.2.4.1.3	Discrepancy (APS-R)	103
9.2.4.1.4	Socially Prescribed Perfectionism (HMPS)	104
9.2.4.1.5	Dysfunktionaler Perfektionismus.....	106
9.2.4.2	Funktionaler Perfektionismus	109
9.2.4.2.1	High Standards (APS-R)	109
9.2.4.2.2	Positive Self-Oriented Performance Perfectionism (PPS)	111
9.2.4.2.3	Funktionaler Perfektionismus	112
9.2.5	Zusammenfassung	115
9.3	Parameter des Arbeitslebens und nachstationäre Behandlung	115
10	Diskussion	118
10.1	Überblick über wesentliche Ergebnisse.....	118
10.2	Praktikabilität und Akzeptanz des Nachsorgeprogramms.....	118
10.3	Wirksamkeit.....	120
10.3.1	Burnout und Depressivität	120
10.3.2	Dysfunktionaler Perfektionismus	122
10.3.3	Funktionaler Perfektionismus.....	125
10.4	Einschränkungen der Studie	127
10.5	Schlussfolgerung.....	128
10.6	Ausblick.....	130
11	Literatur.....	131
12	Anhang.....	160
12.1	Informationsblatt.....	160
12.2	Einwilligungserklärung.....	162
12.3	Arbeitsblätter „Verändern von Leitsätzen“	164
12.4	Arbeitsblatt „Verankern von Leitsätzen“	167
12.5	MBI-GS-D	170

12.6	BDI-V	171
12.7	Perfektionismusfragebogen	172
12.8	Auswertungsbogen für Bezugstherapeuten	175
12.9	Leitfaden Telefoninterview	176
12.10	SMS-Nachrichten	179

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Formen des Perfektionismus nach Quelle und Ziel der Ansprüche	31
Tabelle 3: Beispiele für die Neuformulierung von Leitsätzen	58
Tabelle 4: Beispiele für Verankerung hilfreicher Gedanken	59
Tabelle 5: Verteilung SMS auf Tage und Uhrzeiten.....	62
Tabelle 2: Phasen der Psychotherapieprüfung in Analogie zur Pharmaprüfung	66
Tabelle 6: Beurteilung von Effektgrößen Cohens d und η^2	82
Tabelle 7: Schulabschluss	83
Tabelle 8: Ausgeübte Berufe nach Berufsgruppen	84
Tabelle 9: Wohnsituation	84
Tabelle 11: Hauptdiagnosen ICD-10 Kapitel V(F)	85
Tabelle 11: Erste Nebendiagnose ICD-10 Kapitel V(F)	85
Tabelle 12: Tinnitus	86
Tabelle 13: Deskriptive Statistiken für Handynutzung	87
Tabelle 14: Verbesserungsvorschläge	88
Tabelle 15: Mittelwerte und SD zum Zeitpunkt der Baselineerhebung (t1)	89
Tabelle 16: ANOVAs zum Zeitpunkt der Baselineerhebung (t1).....	90
Tabelle 17: Mittelwerte und SD MBI-GS-D Erschöpfung	91
Tabelle 18: Kovarianzanalyse für MBI-GS-D Erschöpfung.....	93
Tabelle 19: Mittelwerte und SD MBI-GS-D Zynismus	93
Tabelle 20: Kovarianzanalyse für MBI-GS-D Zynismus	94
Tabelle 21: Mittelwerte und SD MBI-GS-D Berufliche Leistungsfähigkeit	95
Tabelle 22: Kovarianzanalyse für MBI-GS-D Berufliche Leistungsfähigkeit.....	96
Tabelle 23: Zusammenfassung Kovarianzanalysen für MBI-GS-D	97
Tabelle 24: Mittelwerte und SD Beck-Depressions-Inventar-V (BDI-V)	97
Tabelle 25: Kovarianzanalyse für BDI-V	99
Tabelle 26: Mittelwerte und SD Concern over Mistakes (FMPS).....	99
Tabelle 27: Kovarianzanalyse für Concern over Mistakes (FMPS)	101

Tabelle 28: Mittelwerte und SD Doubts about Actions (FMPS)	101
Tabelle 29: Kovarianzanalyse für Doubts about Actions (FMPS).....	102
Tabelle 30: Mittelwerte und SD Discrepancy (APS-R)	103
Tabelle 31: Kovarianzanalyse für Discrepancy (APS-R)	104
Tabelle 32: Mittelwerte und SD Socially Prescribed Perfectionism (HMPS)	105
Tabelle 33: Kovarianzanalyse für Socially Prescribed Perfectionism (HMPS).....	106
Tabelle 34: Mittelwerte und SD Dysfunktionaler Perfektionismus	107
Tabelle 35: Kovarianzanalyse für Dysfunktionaler Perfektionismus	108
Tabelle 36: Mittelwerte und SD High Standards (APS-R)	109
Tabelle 37: Kovarianzanalyse für High Standards (APS-R).....	110
Tabelle 38: Mittelwerte und SD Positive Perfectionism (PPS).....	111
Tabelle 39: Kovarianzanalyse für Positive Perfectionism (PPS).....	112
Tabelle 40: Mittelwerte und SD Funktionaler Perfektionismus.....	113
Tabelle 41: Kovarianzanalyse für Funktionaler Perfektionismus	114
Tabelle 42: Zusammenfassung Kovarianzanalysen für Perfektionismusskalen	115
Tabelle 43: Mittelwerte und SD für Parameter des Arbeitslebens.....	116
Tabelle 44: ANOVA für Parameter des Arbeitslebens	116
Tabelle 45: Kreuztabelle Wiedereingliederung.....	116
Tabelle 46: Kreuztabelle Nachstationäre Behandlung	117
Tabelle 47: Kreuztabelle Antidepressiva	117

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Postulierte Zusammenhänge zwischen Perfektionismus und Burnout	38
Abbildung 2: SMS-Texte eines Teilnehmers an den ersten drei Tagen der Nachsorge	60
Abbildung 3: Überblick über versandte SMS	61
Abbildung 4: Studiendesign	67
Abbildung 5: Flowchart Patientenfluss	83
Abbildung 6: Mittelwertsverlauf MBI-GS-D Erschöpfung	92
Abbildung 7: Mittelwertsverlauf MBI-GS-D Zynismus	94
Abbildung 8: Mittelwertsverlauf MBI-GS-D Berufliche Leistungsfähigkeit	96
Abbildung 9: Mittelwertsverlauf BDI-V	98
Abbildung 10: Mittelwertsverlauf Concern over Mistakes (FMPS)	100
Abbildung 11: Mittelwertsverlauf Doubts about Actions (FMPS)	102
Abbildung 12: Mittelwertsverlauf Discrepancy (APS-R)	104
Abbildung 13: Mittelwertsverlauf Socially Prescribed Perfectionism (HMPS)	106
Abbildung 14: Mittelwertsverlauf Dysfunktionaler Perfektionismus	108
Abbildung 15: Mittelwertsverlauf High Standards (APS-R)	110
Abbildung 16: Mittelwertsverlauf Positive Perfectionism (PPS)	112
Abbildung 17: Mittelwertsverlauf Funktionaler Perfektionismus	114

1 Zusammenfassung

Der Begriff *Burnout* steht für die arbeitsbedingte physische und psychische Erschöpfung von berufstätigen Menschen. Durch die damit einhergehenden volkswirtschaftlichen Kosten wird Burnout zu einem bedeutenden gesundheitspolitischen Problem. Es gibt Hinweise darauf, dass eine starke Ausprägung des Persönlichkeitsmerkmals *Perfektionismus* einen wesentlichen Faktor für die Entstehung und Aufrechterhaltung des Burnouts darstellt. Wie empirische Befunde nahe legen, spielen insbesondere Perfektionismus-bezogene Kognitionen bei der Entwicklung eines Burnout-Syndroms eine bedeutsame Rolle.

Ein zentrales Problem der stationären Behandlung psychischer und psychosomatischer Störungen ist die Nachhaltigkeit von Therapieerfolgen. Zur Sicherung des Behandlungserfolgs wird daher in zunehmendem Ausmaß eine nachstationäre Betreuung angeboten. Diese wird u. a. mit Hilfe moderner Kommunikationsmittel wie E-Mail und Mobiltelefon durchgeführt. Bislang liegen für den Einsatz von Mobiltelefonen zur Nachsorge nur vereinzelte Evaluationsergebnisse vor.

Die vorliegende Arbeit dient als Pilotstudie der Evaluation eines SMS-basierten kognitiven Nachsorgeprogramms im Anschluss an eine stationäre psychosomatische Behandlung von Burnout-Patienten. Es handelt sich um eine kontrollierte Verlaufsstudie mit vier Messzeitpunkten (Aufnahme, Entlassung, 6 und 10-Wochen-Katamnese). Die Patienten der Versuchsgruppe (n = 31) erhielten zusätzlich zur Routine-Behandlung eine 6-wöchige kognitiv ausgerichtete individualisierte SMS-Nachsorge. Diese bestand aus ca. 110 SMS-Nachrichten, deren Grundlage die in der stationären Behandlung modifizierten Kognitionen bildeten. Als Kontrollgruppe (n = 30) diente eine Gruppe von Patienten mit einer stationären Routine-Behandlung.

Zur Erfassung der Burnout-Symptomatik wurde das *Maslach Burnout Inventory General Survey* (MBI-GS-D) eingesetzt, die depressive Symptomatik wurde mit dem *Beck-Depressions-Inventar-V* (BDI-V) erhoben. Zur Erfassung der Facetten des Perfektionismus dienten Items aus der *Multidimensional Perfectionism Scale* (FMPS und HMPS) sowie der *Almost Perfect Scale* (APS-R). Darüber hinaus fand zehn Wochen nach Behandlungsende ein strukturiertes Telefoninterview statt, in dem soziodemografische Daten sowie Angaben zur beruflichen Eingliederung, psychotherapeutischen Nachsorge, Medikation, Handynutzung, subjektiven Nutzen der SMS-Nachsorge sowie Verbesserungsvorschläge erhoben wurden. Die Datenerhebung erfolgte konsekutiv in der Schön Klinik Bad Arolsen (Fachklinik für Psychosomatik).

Eine hohe Akzeptanz des Nachsorgeprogramms konnte anhand der Bereitschaft zur Teilnahme, der Abbrecherquote (6 %) und der von den Teilnehmern bewertete Nutzen nachgewiesen werden.

Die Hypothesen zur Wirksamkeit der SMS-Nachsorge bzgl. Burnout und depressiver Symptomatik sowie dysfunktionalen Facetten des Perfektionismus wurden mit zweifaktoriellen Kovarianzanalysen (Gruppe, Zeit, Baseline als Kovariate) überprüft.

Die Teilnehmer der Versuchsgruppe zeigten auf Gruppenebene zehn Wochen nach Entlassung eine weitere Reduktion der Werte auf den Burnout Dimensionen *Erschöpfung* und *Zynismus* sowie eine Steigerung auf der Dimension *berufliche Leistungsfähigkeit* (MBI-GS-D). Ebenso war bzgl. *Depressivität* (BDI-V) eine weitere Reduktion der Werte im Vergleich zum Entlassungszeitpunkt zu verzeichnen. Allerdings zeigten sich entgegen der Hypothesen zum Follow-up sechs und zehn Wochen nach der Entlassung keine signifikanten Unterschiede zwischen Versuchsgruppe und Kontrollgruppe. Ein kleiner Interaktionseffekt war in der Skala *Zynismus* (MBI-GS-D) nachweisbar. Da dem *Zynismus* symptomatisch vor allem negative kognitive Bewertungen zugeordnet werden, kann hier eine Begründung für den nachgewiesenen kleinen Effekt des Programms liegen.

Das in der vorliegenden Studie kein bedeutsamer Effekt der SMS-Nachsorge auf die Burnout-Symptomatik und die Depressivität der Patienten nachgewiesen werden konnte, steht in Widerspruch zu bisherigen Forschungsergebnissen. Ein Grund hierfür könnte sein, dass der Interventionszeitraum von 10 Wochen nach der stationären Entlassung für eine effektive Nachsorge zu kurz bemessen wurde.

In allen in die Untersuchung einbezogenen dysfunktionalen Perfektionismusskalen (*Concern over Mistakes*, *Doubts about Actions*, *Discrepancy* und *Socially Prescribed Perfectionism*) zeigte sich in den Mittelwerten zwischen Entlasszeitpunkt und Follow-up nach sechs Wochen in der Versuchsgruppe eine leichte Abnahme, während in der Kontrollgruppe ein Anstieg erfolgte. Für keine dieser Skalen konnte allerdings entgegen den Hypothesen sechs und zehn Wochen nach der Entlassung ein bedeutsamer Unterschied zwischen Versuchsgruppe und Kontrollgruppe aufgezeigt werden. Bzgl. einiger dysfunktionaler Perfektionismusskalen (*Concern over Mistakes*, *Discrepancy*, *Socially Prescribed Perfectionism*) waren kleinere Interaktionseffekte nachweisbar, die einen ersten Hinweis liefern, dass die eingesetzten SMS-Nachrichten Perfektionismus-bezogene Kognitionen verändern können.

Eine Einschränkung der Interpretation der Studie ist in den signifikant höheren Baselinewerten der dysfunktionalen Facetten des Perfektionismus in der Versuchsgruppe sowie den Implikationen der Kovarianzanalyse zu sehen.

Da das vorgestellte Interventionsprogramm ein ökonomisches und niedrighwelliges ambulantes Nachsorge-Konzept darstellt und sich erste Hinweise auf eine Wirksamkeit ergeben, wären für die Zukunft weitere Studien zur Modifikation perfektionistischer Kognitionen stationärer Burnout-Patienten wünschenswert, die sich über einen längeren Interventionszeitraum erstrecken. Es sollten weitere Messinstrumente einbezogen und die Implementierung eines Feedbackprozesses erwogen werden.

2 Einleitung und Zielsetzung

Die moderne Arbeitswelt ist zunehmend technisiert, flexibilisiert und globalisiert. Diese Entwicklungen bergen neue Risiken für die psychische und körperliche Gesundheit der Beschäftigten. An vielen Arbeitsplätzen sind die Arbeitsbedingungen durch Arbeitsverdichtung, steigenden Zeit- und Leistungsdruck oder ein Verwischen der Grenzen zwischen Arbeits- und Freizeit gekennzeichnet (Berger, Schneller & Maier, 2013). Im Jahr 2013 belegten psychische Erkrankungen den dritten Platz der zehn häufigsten Krankheitsarten bei einer Krankschreibung (DAK, 2014).

Der Begriff *Burnout* hat in den letzten Jahren ein zunehmendes öffentliches Interesse gefunden und ist - bis hin in den alltäglichen Sprachgebrauch - weit verbreitet. Das große Interesse an Burnout könnte unter anderem damit zusammenhängen, dass die „Diagnose Burnout“ weniger negativ besetzt und stigmatisierend ist als die Diagnose Depression (Bahlmann, Angermeyer & Schomerus, 2013). Burnout (englisch to burn out: ausbrennen) bedeutet umgangssprachlich, dass man so erschöpft ist, dass man beruflich nichts mehr leisten kann. Der Begriff „*Burnout-Syndrom*“ wurde von dem amerikanischen Psychiater und Psychoanalytiker Herbert J. Freudenberger 1974 für die arbeitsbedingte physische und psychische Erschöpfung von Mitarbeitern im psychosozialen Bereich geprägt (vgl. Freudenberger, 1974, S. 23). Mittlerweile wurde das Syndrom bei annähernd 60 Berufen beschrieben, sodass nicht mehr von speziellen Risikoberufen gesprochen werden kann (Zapf, 2002).

Als alarmierend erweist sich, dass die Anzahl der Krankschreibungen aufgrund eines Burnouts seit 2004 um 700 Prozent, die Anzahl der betrieblichen Fehltag sogar um fast 1400 Prozent gestiegen ist. Diese Zunahme fällt damit deutlich größer aus als die Zunahme von betrieblichen Fehltagen aufgrund psychischer Erkrankungen insgesamt (Bundespsychotherapeutenkammer, 2012). Rechnet man die Daten der Barmer Gmünder Ersatzkasse (Barmer GEK, 2008) und des Wissenschaftlichen Instituts der Allgemeinen Ortskrankenkasse (WIdO) auf die mehr als 34 Millionen gesetzlich krankenversicherten Arbeitnehmer 2010 in Deutschland hoch, so bedeutet dies, dass knapp 100000 Menschen mit insgesamt mehr als 1.8 Millionen Fehltagen im Jahr 2010 wegen eines Burnout-Syndroms arbeitsunfähig geschrieben worden sind (Korczak, Wastian & Schneider, 2012).

Da bis heute weder objektive Krankheitsparameter noch ein Konsens über die Definition von Burnout existieren, gilt das Burnout-Syndrom als eines der unschärfsten Begriffe in der Klinischen Psychologie (Lehofer, Glehr, Haring, Jiménez, Kasper, Lalouschek, Marksteiner

& Musalek, 2011). Burnout ist weder in der ICD-10 (Dilling, Mombour, Schmidt & 2011) noch im DSM-IV (Sass, Wittchen & Zaudig, 2001) als eigenständige Diagnose aufgeführt. So wird das Burnout-Syndrom nach ICD-10 als „Z73.0 Ausgebranntsein, Burnout, Zustand der totalen Erschöpfung“ klassifiziert. Hierbei handelt es sich jedoch nicht um eine psychiatrische Diagnose, sondern lediglich um eine Definition von „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen oder zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen“. Burnout wird in der klinischen Praxis behandelt und abgerechnet, indem andere Diagnosen wie z. B. Depression in den Vordergrund gestellt werden (Hedderich, 2009).

Die Passung zwischen den Eigenschaften einer Person und der Umwelt (äußeren Stressoren) ist entscheidend dafür, ob sich ein Burnout-Syndrom entwickelt oder nicht (Kokkinos, 2007; Swider & Zimmerman, 2010). Lange Zeit fanden Persönlichkeitsfaktoren in der empirischen Burnout-Forschung nur wenig Beachtung. Aktuelle Studien und Metaanalysen zum Zusammenhang von Burnout und Persönlichkeitsfacetten geben erste Hinweise darauf, dass Persönlichkeitsfaktoren eine bedeutsame Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Burnout spielen. Die individuelle Persönlichkeit sollte auch für die Auswahl einer geeigneten Interventionsform bzw. den Inhalt und den Verlauf einer Behandlung berücksichtigt werden (z. B. Gündel & Dammann, 2012; Ilse, Berberich, Konermann, Piesbergen & Zaudig, 2014; Rössler, Hengartner, Ajdacic-Gross & Angst, 2013). Perfektionismus ist einer der Persönlichkeitsfaktoren, der im Zusammenhang mit Burnout diskutiert wird (Übersicht in Stoeber & Damian, 2016). Empirische Befunde legen nahe, dass Perfektionismus-bezogene Kognitionen sowie Rumination bei der Entwicklung eines Burnout-Syndroms eine bedeutsame Rolle spielen (vgl. Hill & Appleton, 2011).

Am besten evaluiert zur Behandlung des Burnout-Syndroms sind kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen, für die eine hohe Evidenz der Wirksamkeit angenommen werden kann (vgl. Korczak, Wastian & Schneider, 2012). Ein wesentliches Problem der Rehabilitation von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen ist das „Schnittstellenproblem“ beim Übergang von der stationären Behandlung in den Alltag zu Hause (vgl. Bischoff, Schmädeke, Adam, Dreher, Bencetic & Limbacher, 2013). Bei der bestehenden traditionellen Trennung von stationärer und ambulanter Behandlung stellt sich somit die Frage, wie stationäre Behandlungserfolge aufrecht erhalten werden können. Der Zugang zu einer zeitnahen Nachsorge unterliegt durch die mangelnde Vorhaltung entsprechender Angebote nicht nur strukturellen Einschränkungen, sondern wird auch durch eine mangelnde Akzeptanz der Angebote durch die angesprochenen Patienten erschwert. Für die mangelnde Akzeptanz der Nachsorgeangebote spielen logistische und zeitliche Probleme bei

einer potenziellen Teilnahme eine bedeutsame Rolle (Braunger, Kubiak, Müller, von Wietersheim & Oster, 2015; Kobelt, 2004). Es besteht demnach ein ernsthaftes Versorgungsdefizit nach einer stationären psychotherapeutischen Behandlung. Insbesondere im Bereich der Burnout-Behandlung fehlt es bislang an ambulanten Nachsorgeangeboten.

Vor diesem Hintergrund spielt der Einsatz von neuen Informations- und Kommunikationstechnologien für die Optimierung der Versorgung eine zunehmend wichtigere Rolle (vgl. Kordy, 2004; Kordy, 2008). Vorteile dieser Interventionen liegen insbesondere in deren großen Reichweite und ökonomischen Effizienz. In der Nachsorge wurden bisher vor allem Internet-Chat-Gruppen und E-Mail-Programme untersucht. Relativ neu und daher weitgehend unerforscht ist der Einsatz von Mobiltelefonen mit einer therapeutischen Zielsetzung. Erste Evaluationsergebnisse sprechen für eine hohe Teilnahmebereitschaft und Akzeptanz SMS-basierter Nachsorge (z. B. Bauer, Percevic, Okon, Meermann & Kordy, 2003b) sowie deren Wirksamkeit (z. B. Schmädeke & Bischoff, 2015). Daher erscheint diese Technologie eine vielversprechende Interventionsmöglichkeit im Rahmen der Nachsorge stationärer Burnout Therapie.

In der vorliegenden Arbeit wird ein neu konzipiertes SMS-basiertes poststationäres KVT-Nachsorgeprogramm für das Burnout-Syndrom vorgestellt, in dem insbesondere Perfektionismus-bezogene Kognitionen modifiziert werden. Im Rahmen einer Pilotstudie wurde neben Praktikabilität und Akzeptanz auch die Wirksamkeit überprüft. Die Ergebnisse sollen zur Konzeptweiterentwicklung beitragen.

3 Burnout-Syndrom

3.1 Einführung

Das Burnout-Syndrom wird auf den Druck zurückgeführt, die eskalierenden Ansprüche anderer zu erfüllen oder von der intensiven Konkurrenz, besser als andere in derselben Organisation oder Firma zu sein, oder von dem Antrieb, immer mehr Geld zu verdienen oder von dem Gefühl, es werde einem etwas vorenthalten, was man offensichtlich verdient (Farber, 2000). Menschen mit einem Burnout berichten von einem erheblichen subjektiven Leiden, gesundheitlichen Problemen und weisen eine reduzierte Arbeitsleistung auf (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Taris, 2006). Die damit einhergehenden volkswirtschaftlichen Kosten machen Burnout zu einem bedeutenden gesundheitspolitischen Problem (Korczak et al., 2012).

Die wissenschaftliche Beschäftigung mit dem Phänomen *Burnout* wird erschwert durch einen inflationären Begriffsgebrauch, einer umfassenden populärwissenschaftlichen Erörterung und einer breiten medialen Darstellung mit geringer begrifflicher Schärfe. Gegenstand der wissenschaftlichen Forschung im Sinne des heute üblichen Begriffsgebrauchs wurde die Burnout-Thematik in den 1970er Jahren (Freudenberger, 1974). Wurde der Begriff des Burnouts in der Anfangszeit nur für Beschäftigte im Bereich der helfenden Berufe verwendet, ist die Beschränkung auf bestimmte Berufsgruppen inzwischen aufgehoben (vgl. Burisch, 2014; Maslach & Leiter, 2001). Das Burnout-Syndrom wurde mittlerweile in ca. 60 Berufen und Gruppen von Menschen beschrieben (Kaschka, Korczak & Broich, 2011). Die Betroffenheit bleibt aber nicht auf Berufstätige eines fordernden Berufs beschränkt, auch Angehörige chronisch Kranker und Mütter sowie Arbeitslose zählen mittlerweile zur Gruppe der Burnout-Gefährdeten (Akimova & Kasper, 2012; Heinemann & Zimmermann, 2007).

Die Gruppe der Personen, die unter einem Burnout leiden, ist sehr heterogen (Hillert, 2008). Burnout kann von leichten Befindlichkeitsstörungen ohne Krankheitswert über deutliche Anpassungsstörungen (mit leichtem bis mittleren Krankheitswert) bis zu eigentlichen Depressionen reichen (Gündel & Dammann, 2012). Bisher wurden die meisten Studien zu den Symptomen sowie den biologischen, psychologischen und sozialen Aspekten des Burnout an im Arbeitsprozess stehenden Menschen durchgeführt, sodass zum klinischen Burnout nur vergleichsweise wenige Forschungsergebnisse vorliegen (Grossi, Perski, Osika & Savic, 2015).

3.2 Definition

Trotz zahlreicher Forschungsaktivitäten in den letzten Jahrzehnten zu der Thematik des „*Burnouts*“ gibt es bis dato keine einheitliche wissenschaftliche Definition des Phänomens (vgl. Berger, Linden, Schramm, Hillert, Voderholzer & Maier, 2012a; Berger, Schneller & Maier, 2012b; Burisch, 2014; Kaschka et al., 2011; Korczak, Kister & Huber, 2010). Die in der wissenschaftlichen Literatur am häufigsten verwendete Definition stammt von Maslach und Jackson. Die Autoren verstehen unter Burnout (Maslach & Jackson, 1981, S. 99):

„Emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und verringerte persönliche Erfüllung im Beruf bei an der Grenze ihrer Leistungsfähigkeit arbeitenden Menschen“

Dabei bedeutet *emotionale Erschöpfung*, dass der Betroffene emotional und psychophysisch überfordert ist und die Fähigkeit zur Regeneration verloren hat. Dieser Zustand ist gekennzeichnet durch ein Gefühl der anhaltenden beruflichen Überforderung, der Unfähigkeit zur zwischenzeitlichen Entspannung nach arbeitsbedingter Anspannung, durch Müdigkeit, Niedergeschlagenheit, Reizbarkeit, Schlafstörungen, Kopf- und Rückenschmerzen, gastrointestinale Beschwerden und erhöhte Infektanfälligkeit.

Unter *Depersonalisation* wird eine gefühllose, zynische und gleichgültige Reaktionsweise verstanden. Symptomatisch sind eine zunehmende frustrationsbedingte Rücknahme des anfänglich idealistischen beruflichen Engagements, der Entwertung des eigenen Arbeitseinsatzes, Gefühle der externen Schuldzuweisung an und der zunehmenden Verbitterung über vorherrschende Arbeitsbedingungen, ein auffälliger Zynismus im interpersonalen Umgang mit Kollegen und Klienten sowie einem grundlegenden Verlust positiver Gefühle beobachtbar.

Die *reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit* bezieht sich auf die Tendenz, sich in der Arbeit nicht als kompetent und erfolgreich zu erleben. Diese ist gekennzeichnet durch verringerte Arbeitsleistung mit Klagen über Konzentrationsstörungen, abnehmende Kreativität und reduzierte beruflicher Entscheidungs- und Handlungskompetenz (vgl. Kapfhammer, 2012; Maslach, 2003; Maslach, Schaufeli & Marek, 1993).

Eine Operationalisierung dieses Konzeptes erfolgte mit dem *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (Maslach & Jackson, 1981; Maslach, Jackson & Leiter, 1996). Das Verfahren besteht in seiner ursprünglichen Version aus 22 Items, die drei Subdimensionen des Burnouts erfassen: Emotionale Erschöpfung, Zynismus bzw. Depersonalisation, Leistungsfähigkeit im Beruf. Nach den Autoren ist eine Person umso stärker von Burnout betroffen, je höher die

Werte in den Skalen *Emotionale Erschöpfung* und *Depersonalisation* und je niedriger die Werte in der Skala *Leistungsfähigkeit im Beruf* sind.

3.3 Symptomatik

Das Burnout-Syndrom ist durch eine große Vielzahl von Symptomen gekennzeichnet. Die Symptomatik wurde erstmals von Freudenberger (1974) beschrieben. Der Autor schildert bei hoch motivierten Personen, die vorrangig in sozialen Berufen tätig waren, einen Prozess der nach Phasen der Überlastung zu psychischen und physischen Erschöpfungszuständen führt. Die Symptome sind Müdigkeit, ein Gefühl der Verausgabung, häufige Kopfschmerzen, emotionale Ausbrüche, reduzierte Flexibilität im Denken und Verhalten, Desinteresse und persönlicher Rückzug. Zusätzlich kommt es häufig zu Schlafproblemen, Magen-Darm-Problemen, Anfälligkeit für Infekte, gesteigerte Reizbarkeit und Zynismus. Die Symptome sind vielfältig und treten bei jedem Betroffenen unterschiedlich auf (Freudenberger, 1974). Die Symptomliste von Freudenberger wurde von zahlreichen Forschern ergänzt.

Burisch fasste alle genannten Symptome aus 202 Veröffentlichungen der Burnout-Literatur zusammen und erhielt nach Abzug von Synonymen eine Liste mit ca. 130 Symptomen, die er in sieben Cluster unterteilte (Burisch, 2014, S. 26ff). Der Autor verweist darauf, dass keines dieser Symptome Burnout-spezifisch ist, zahlreiche Symptome des Burnouts finden sich auch bei anderen Krankheiten, vor allem bei einer Depression. Weiterhin verweist Burisch (2014) darauf, dass nicht alle Symptome auftreten müssen. Auch ein einzelnes für sich herausgenommenes Symptom kann nicht als Burnout-spezifisch angesehen werden. Kurz gefasst ist Burnout nach Burisch (2014) durch folgende Symptome gekennzeichnet:

- Über- oder Unteraktivität
- Gefühle von Hilflosigkeit, Depression und Erschöpfung
- Innere Unruhe
- Reduziertes Selbstwertgefühl
- Sich verschlechternde oder bereits verschlechterte soziale Beziehungen
- Aktives Bemühen, eine Änderung dieses Zustands herbeizuführen

Schaufeli und Enzmann (1998) erfassten ebenfalls die verschiedenen Symptome von Burnout und erhielten gleichfalls über 130 verschiedene Symptome. Sie kommen zu dem Schluss, dass die in der Literatur aufgelisteten Symptome eine so große Anzahl und Spannweite aufweisen, dass Symptomlisten kaum von diagnostischer Relevanz sein können. Daher reduzierten die

Autoren die vielfältige Symptomatik auf das Kernsymptom der *Erschöpfung* und vier begleitende Symptome:

1. Affektives, kognitives, physisches und verhaltensbezogenes Leiden (distress)
2. Gefühl reduzierter Effektivität
3. Abbau von Motivation
4. Unangemessene Einstellungen und Verhaltensweisen am Arbeitsplatz

3.4 Verlauf

Über den Verlauf des Burnouts sind sich die meisten Autoren einig, dass es sich um einen schleichenden und langwierigen Prozess handelt (vgl. Burisch, 2014; Korczak et al., 2010). Es wurden zahlreiche unterschiedliche Phasenmodelle entwickelt. Diese basieren nicht auf empirischen Daten, sondern sind Versuche einer intuitiven Typisierung. Dass die Abgrenzung der Stadien meist willkürlich ist, wird von den Autoren meist selbst betont (Burisch, 2014). Weder die Charakteristika der einzelnen Stadien noch deren zeitliche Abfolge sind repräsentativ oder allgemeingültig (Burisch, 2014; Kapfhammer, 2012). Zudem ist zu beachten, dass das Krankheitsbild nicht zwingend phasenhaft abläuft. Es kann sich auch stabil in allen der postulierten Phasen manifestieren und ist durch Symptomkomplexe, die weitgehend parallel auftreten, gekennzeichnet (Lehofer et al., 2011).

Bei der Interpretation der Phasenmodelle ist zu bedenken, dass diese jeweils nur einen Teil des typischen Verlaufes darstellen, da es auf das zugrunde gelegte Material der Autoren und deren Interpretation ihrer Fälle zurückzuführen ist (Burisch, 2014). Das häufig zitierte Phasenmodell von Maslach (1978) geht von drei Stadien des Burnouts aus. Das erste Stadium ist durch *emotionale und physische Erschöpfung* gekennzeichnet. Die emotionale Erschöpfung ist ein Zustand der Überanstrengung und Überforderung sowie der Unfähigkeit zur Entspannung. Typische Symptome sind Müdigkeit, Schlaflosigkeit und diffuse somatische Beschwerden. Das zweite Kernsymptom, die *Depersonalisierung*, bezieht sich auf eine zunehmende Abstumpfung gegenüber dem Arbeitsumfeld und eine zynische, negative Einstellung im Umgang mit den Mitmenschen. Das Symptom der *reduzierten persönlichen Leistungsfähigkeit* fasst Aspekte der reduzierten Arbeitsleistung zusammen, typische Symptome sind Konzentrationsstörungen oder sinkendes Vertrauen in die eigenen Qualifikationen und Kompetenzen (Kapfhammer, 2011).

3.5 Epidemiologie

Die Angaben über die Häufigkeit des Burnout-Syndroms sind sehr heterogen. Selbst Studien an gleichen Berufsgruppen weisen große Schwankungsbreiten auf. Eine allgemeingültige wissenschaftlich fundierte Aussage über die Prävalenz des Burnout-Syndroms in der Bevölkerung und einzelnen Berufsgruppen kann zurzeit nicht getroffen werden, da diese je nach der verwendeten Definition, den angewendeten Messinstrumenten und untersuchten Bevölkerungsgruppen sehr unterschiedlich ausfallen (Voltmer, Schwappach, Frank, Wirsching & Spahn, 2010; von Känel, 2008). So ist es weitgehend unklar, ob Ärzte bei der Diagnose eines Burnout-Syndroms den ICD-10 Code Z-73 (Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung) verwenden oder auf andere Diagnosen ausweichen (Korczak et al., 2012).

Ein Hinweis auf die Größenordnung des Problems gibt eine repräsentative Erhebung von TNS Emnid aus dem Dezember 2010, nach der sich 12,5 % der Beschäftigten in Deutschland in ihrem Job überfordert fühlen (Kaschka et al., 2011). Nach Schätzungen der Betriebskrankenkassen (BKK) sind rund neun Millionen Deutsche von einem Burnout-Syndrom betroffen (Korczak et al., 2010). Entsprechend einer Studie des Robert Koch-Instituts (RKI) waren bereits vier Prozent der erwachsenen Deutschen schon einmal wegen eines Burnouts bei einem Arzt oder Psychotherapeuten in Behandlung (Altstötter-Gleich, 2014b).

Laut einer Repräsentativbefragung der „Apotheken Umschau“, durchgeführt von der Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) Nürnberg im Juli/August 2011, ist bei 2,9 % der Bevölkerung in Deutschland im Alter ab 14 Jahre von einem Arzt schon einmal ein Burnout-Syndrom festgestellt worden (Korczak et al., 2012). Hochgerechnet sind dies rund 1,9 Millionen Menschen ab 14 Jahren. 7,7 % der Bevölkerung geben in dieser Repräsentativerhebung an, sich wie ausgebrannt zu fühlen und das Gefühl zu haben, irgendwann umzukippen. Dies entspricht hochgerechnet rund 5,1 Millionen Menschen ab 14 Jahren.

Die bundesweite repräsentative Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) berichtet eine Lebenszeitprävalenz von lediglich 4,2 % bzw. eine 12-Monats-Prävalenz von sogar nur 1,5 %. Frauen weisen jeweils eine um den Faktor 2 erhöhte relative Häufigkeit auf. 42,5 % der Personen, denen in den vorangegangenen 12 Monaten ein Burnout-Syndrom attestiert wurde, befinden sich deswegen in ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung (Kurth, 2012).

3.6 Ätiologie

Zur Ätiologie des Burnout-Syndroms liegen nur sehr wenige Theorien oder Modelle im engeren Sinn des Wortes vor. Darüber hinaus wird in der Literatur nur selten präzise zwischen disponierenden, moderierenden, auslösenden und perpetuierenden Faktoren unterschieden (Burisch, 2014). Die Ursachen von Burnout sind meist multifaktoriell. Es lassen sich *Außenfaktoren* und *individuelle/innere Faktoren* unterscheiden, die miteinander interagieren und für die Genese eines Burnout-Syndroms verantwortlich gemacht werden (Eisenberg & Söllner, 2008; Grosch & Olsen, 2000; Kaschka et al., 2011). Dabei führt ein komplexes Wechselspiel zwischen belastenden äußeren Bedingungen (arbeitsplatzbezogene Faktoren) und Persönlichkeitsfaktoren mittel- bis langfristig zu einer starken seelischen, körperlichen und psychosozialen Beeinträchtigung im Sinne eines Burnout-Syndroms (Bauer, Häfner, Kächele, Wirsching & Dahlbender, 2003a; Burisch, 2014; Lohmer, 2013).

Lehofer und Mitarbeiter betrachten Burnout als einen Prozess, der aus einer Stressbelastung am Arbeitsplatz entsteht und zu emotionaler Erschöpfung und reduzierter Leistungsfähigkeit führt. Ein Kreislauf des Ausfalls von Erholung (Ressourcen) und inadäquaten Bewältigungsstrategien (Coping) begünstigen diese Entwicklung. Der Prozess verläuft über einen längeren Zeitraum hinweg, ist selbstverstärkend, meist schleichend und aufschaukelnd (Lehofer et al., 2011).

Vor allem die permanenten Veränderungen und Neuanforderungen in der Arbeitswelt (z. B. extreme Verdichtung der Arbeitsprozesse, immenser Informationsfluss, hohe Anforderungen an Flexibilität und Mobilität), welche die Stressbewältigungsressourcen des Einzelnen überfordern, werden als Ursache für zunehmendes Burnout diskutiert (vgl. Berger et al., 2012a; Kapfhammer, 2012; Melchior, Caspi, Milne, Danese, Poulton & Moffitt, 2007; Siegrist, 2013). Maslach und Mitarbeiter (2001) nennen sechs Faktoren, die Burnout vorausagen:

1. Arbeitsüberlastung
2. Mangelnde Kontrolle
3. Mangelnde Anerkennung
4. Mangelnde Gemeinschaft
5. Mangelnde Fairness
6. Differenzen in den Wertevorstellungen

In der Arbeits- und Organisationspsychologie werden zahlreiche arbeitsplatzbezogene Bedingungsfaktoren diskutiert. Für diese Faktoren liegt jedoch nur begrenzte empirische Evidenz vor (Burisch, 2014; Hillert & Marwitz, 2006).

Die Passung zwischen den Eigenschaften einer Person und der Umwelt (äußeren Stressoren) ist entscheidend dafür, ob sich ein Burnout-Syndrom entwickelt oder nicht (Kokkinos, 2007; Swider & Zimmerman, 2010). So konnten einige Studien keinen Zusammenhang zwischen den objektiven Arbeitsbedingungen und Burnout-Maßen finden (Jackson, Schwab & Schuler, 1986; Shimizutani, Odagiri, Ohya, Shimomitsu, Kristensen, Maruta & Imori, 2008). Der Individualfaktor stellt eine personenspezifische Burnout-Vulnerabilität dar, die sich durch die Exploration der Selbstansprüche, der inneren Antreiber oder Stressverstärker, einschätzen lässt. Sind diese rigide und überhöht, kann aus dem objektiv gegebenen hohen Leistungsdruck ein überfordernder innerer Druck entstehen (Bruhlmann, 2013). In der klinischen Praxis scheinen häufig perfektionistische, übermäßig altruistische und extrem leistungsbereite Personen von Burnout betroffen zu sein (Berberich, Zaudig, Hagel, Konermann, Piesbergen, Hauke, Krauseneck, Ruppert & Unger, 2012). Die individuelle Persönlichkeit spielt für die Auswahl einer geeigneten Interventionsform bzw. den Inhalt und den Verlauf der Behandlung eine wesentliche Rolle (Gündel & Dammann, 2012; Rössler et al., 2013).

3.7 Diagnostik

Die Diagnose eines Burnout-Syndroms ist an der Ätiologie orientiert (berufsbedingte Störung) und richtet sich nicht primär nach der Symptomatik (Lehofer et al., 2011). Eine Diagnostikstellung wird insbesondere durch die Uneinheitlichkeit des Begriffsverständnisses erschwert (vgl. Akimova & Kasper, 2012; Korczak et al., 2010). Dem entsprechend stellt Burnout keine eigenständige Diagnose im ICD-10 (Dilling et al., 2011) und DSM IV (Sass, Wittchen & Zaudig, 2001) dar. Da weder die ICD-10 noch das DSM IV die Diagnose eines Burnout vorsehen, wird in therapeutischen Angeboten oftmals nicht von Burnout, sondern von arbeits- bzw. berufsbezogenen seelischen Beeinträchtigungen (Hillert, 2012; Walter, Krugmann & Plaumann, 2012) oder arbeitsbedingten Belastungsreaktionen (Lange, van de Ven, Schrieken & Smit, 2004) gesprochen.

Burnout wird im ICD-10 als Z73.0 kodiert (Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung: Ausgebranntsein, Burnout, Zustand der totalen Erschöpfung). Z-Verschlüsselungen im ICD-10 dürfen nur in Zusammenhang mit anderen Diagnosen verwendet werden. Im Z-Kapitel werden Faktoren genannt, welche den Gesundheitszustand beeinflussen und zu Inanspruchnahme des Gesundheitssystems führen, ohne dass bisher eine

Krankheit vorliegt. Gemäß dem ICD-10 kann dann von Burnout gesprochen werden, wenn keine andere psychiatrisch definierte Krankheit, wie z. B. die Neurasthenie (F48.0) diagnostiziert wurde und wenn keine Berufsunfähigkeit besteht (Korczak & Huber, 2012).

Da das Burnout-Syndrom eine Vielzahl von Beschwerden umfasst, werden in der Regel aufgrund der Hauptsymptome psychische Störungen diagnostiziert (vgl. Berger et al., 2012a). Infrage kommen hierfür insbesondere die *depressive Episode* (F32.x), Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen wie die *Akute Belastungsreaktion* (F43.0), die *Anpassungsstörung* (F43.2) oder eine *sonstige Reaktion auf schwere Belastung* (F43.8). Im klinischen Kontext treten entsprechend überwiegend Patienten auf, die wegen einer psychischen Folgeerkrankung behandelt werden.

Zur psychometrischen Diagnostik des Burnouts sind verschiedene Testverfahren wie z. B. das *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (Maslach & Jackson, 1981), dem in der Forschung am meisten verwendeten Messinstrument, das *Tedium Measure* (TM) (Aronson & Pines, 1983), das *Oldenburg Burnout Inventar* (OLBI) (Demerouti, Bakker, Vardakou & Kantas, 2003), die *Burnout-Screening-Skalen* (BOSS) (Hagemann & Geuenich, 2009) und das *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) (Kristensen, Borritz, Villadsen & Christensen, 2005) in Gebrauch.

Im deutschsprachigen Raum wird das *Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster* (AVEM) (Schaarschmidt & Fischer, 2008) verstärkt verwendet. Es ist ein mehrdimensionales persönlichkeitsdiagnostisches Verfahren, mit dem differenzierte Selbsteinschätzungen zum Verhalten und Erleben in Bezug auf Arbeit und Beruf erhoben werden. Das AVEM besteht aus elf Skalen mit jeweils sechs Items. Diese elf Dimensionen lassen sich in drei Inhaltsbereiche einordnen: *Arbeitsengagement*, *erlebte Widerstandskraft gegenüber Belastungen* sowie *Emotionen*.

3.8 Burnout und Depression

In einer Analyse von 134 Patienten, die aufgrund eines Burnouts einer Burnout-Gruppenpsychotherapie in einer Psychosomatischen Klinik zugewiesen wurden, hatten 94,8 % die Erstdiagnose einer mittelschweren oder schweren Depression. Bei Betrachtung aller Diagnosen unter Einschluss aller psychischen Komorbiditäten hatten 97,8 % der Burnout Patienten eine depressive Episode (Zaudig, Berberich & Konermann, 2012). Bianchi und Mitarbeiter fanden, dass 90 % der Lehrer mit Burnout die diagnostischen Kriterien einer Depression erfüllten (Bianchi, Schonfeld & Laurent, 2014). Eine große epidemiologische finnische Studie zeigte eine hohe Komorbidität von Depression und Burnout auf. 53 % der

Personen mit schwerem Burnout litten an einer depressiven Episode, im Vergleich zu 20 % der Personen mit einem milden Burnout und 7 % der Personen ohne Burnout (Ahola, Honkonen, Isometsä, Kalimo, Nykyri, Aromaa & Lönnqvist, 2005).

Zwischen Burnout und Depression liegt ein deutlicher Überlappungsbereich vor (Ahola & Hakanen, 2014; Ahola et al., 2005; Ahola, Honkonen & Kivimäki, 2006; Bianchi, Schonfeld & Laurent, 2014), der vor allem in Hinblick auf den Parameter *Erschöpfung* deutlich wird. Erschöpfung ist das Kernsymptom des Burnout-Syndroms und ebenso ein depressives Kernsymptom.

Burnout und Depression unterscheiden sich konzeptionell insbesondere durch die Betonung beruflicher Ursachen beim Burnout-Syndrom (Akimova & Kasper, 2012).

Im klinischen Alltag wird versucht, die beiden Diagnosen mithilfe der jeweiligen Leitsymptome voneinander abzugrenzen. Burnout ist primär durch über längere Zeit andauernde Erschöpfung aufgrund von Stressoren am Arbeitsplatz gekennzeichnet (Maslach & Jackson, 1981). Nach dem ICD-10 (Dilling et al., 2011) sind die Leitsymptome einer depressiven Störung eine niedergeschlagene, gedrückte Stimmung, Interessenverlust und Anhedonie begleitet von vermindertem Antrieb über zwei Wochen Dauer. Hierbei ist Erschöpfung ebenfalls häufig zu beobachten. Mit zunehmendem Schweregrad eines Burnout-Syndroms wird die Wahrscheinlichkeit für das gleichzeitige Vorliegen einer Depression höher und damit auch das damit verbundene Suizidalitätsrisiko (Lehofer et al., 2011). Das Endstadium eines stark ausgeprägten Verlaufes des Burnouts ist vom Vollbild einer Depression nicht mehr unterscheidbar (Awa, Plaumann & Walter, 2010; Koch & Broich, 2012).

Vieles deutet darauf hin, dass zumindest in einer wesentlichen Untergruppe, Burnout eine Vorstufe oder einen Risikofaktor für die Entwicklung einer Depression darstellt (Gündel & Dammann, 2012; Kaschka et al., 2011).

3.9 Burnout und somatische Krankheiten

Die klinische Erfahrung deutet darauf hin, dass Burnout auch zur Entstehung körperlicher Krankheiten wie Tinnitus, Hypertonie oder Infektionskrankheiten beitragen kann (Mommersteeg, Heijnen, Kavelaars & van Doornen, 2006). Empirisch nachgewiesen werden konnte ein Zusammenhang zwischen Burnout und kardiovaskulären, muskuloskelettalen, kutanen und allergischen Erkrankungen (Honkonen, Ahola, Pertovaara, Isometsä, Kalimo, Nykyri, Aromaa & Lönnqvist, 2006), wobei das Auftreten körperlicher Krankheiten mit dem

Schweregrad des Burnout zunimmt. Die psychobiologischen Mechanismen, die den körperlichen Auswirkungen zugrunde liegen, sind bis jetzt noch nicht vollständig geklärt (Melamed, Shirom, Toker, Berliner & Shapira, 2006).

3.10 Psychotherapie bei Burnout

Aufgrund der großen Variabilität des Burnout-Syndroms kann es keine psychotherapeutische Standardbehandlung geben. Vielmehr muss sich die Behandlung nach einer umfassenden Anamnese auf die individuellen Beschwerden des Patienten und die wahrscheinlichen Auslöser fokussieren (Lehofer et al., 2011). Bei ausgeprägtem Schweregrad des Burnouts, welcher mit beträchtlichem Leidensdruck und Beschwerden verbunden ist, sind aktive und systematische Behandlungsmaßnahmen angezeigt (Hochstrasser, von Bardeleben, Ruckstuhl & Soyka, 2008).

Insbesondere im fortgeschrittenen Stadium zeigen die von einem Burnout betroffenen Patienten häufig eine depressive Episode (Zaindl & Söllner, 2012). Manchmal bestehen komorbid Angst- oder Panikstörungen, Somatisierungsstörungen oder eine Suchtproblematik (Söllner, 2012). Die Behandlung eines Burnout-Syndroms unterscheidet sich insbesondere von der klassischen Behandlung einer Depression und erfordert spezifische Behandlungsansätze (Zaindl & Söllner, 2012). Beim Burnout ist das therapeutische Vorgehen so, dass zunächst eine Verminderung der bisherigen Aktivitäten und eine allgemeine Erholung/Schonung sinnvoll ist. Bei einer schweren Depression geht es im Gegenteil um einen allmählichen Wiederaufbau verlorengegangener Aktivitäten in allen Lebensbereichen (Gündel & Dammann, 2012).

Insgesamt scheint es aufgrund der Vielschichtigkeit des Burnout-Syndroms unwahrscheinlich, dass eine einzelne Interventionsstrategie geeignet ist, alle Ebenen des Burnouts effektiv zu behandeln (Rösing, 2003). Dem entsprechend sind die Maßnahmen gegen Burnout meistens multimodal (vgl. Eisenberg & Söllner, 2008). In einer umfangreichen Übersichtsarbeit zur Wirksamkeit von Therapien des Burnout-Syndroms finden sich u. a. Methoden der Verhaltenstherapie, Körpertherapien sowie Musiktherapie (Korczak et al., 2012). Für die ambulante und insbesondere stationäre Psychotherapie von Patienten, die unter Burnout-Syndrom und psychischer Folgeerkrankung leiden, ist der primäre Behandlungsauftrag die Reduktion der psychopathologischen Symptombelastung.

In psychosomatischen Kliniken und psychotherapeutischen Praxen wird zur Therapie des Burnout-Syndroms vor allem kognitive Verhaltenstherapie (KVT) angeboten. Kognitive

Therapieverfahren gehen davon aus, dass die Art des Denkens auch bestimmt, wie gefühlt, gehandelt und körperlich reagiert wird. Die KVT erscheint insbesondere dann Erfolg versprechend, wenn Einstellungen und Verhaltensweisen gegenüber der Arbeit verändert und Bewältigungsstrategien im Umgang mit Stressoren am Arbeitsplatz erarbeitet werden sollen. Dazu werden problematische Persönlichkeitsvariablen identifiziert, soziale Kompetenzen und die Emotionsregulation verbessert, das Stressmanagement trainiert und Symptom-Tagebücher geführt (von Känel, 2008).

Nach Burisch (2014) stellen KVT-Therapeuten die meist unausgesprochen im Kopf des Klienten gespeicherten Glaubenssätze infrage. Die Burnout-Literatur enthält zahlreiche Analysen von speziellen *Mythen*, die bei Burnout-Betroffenen gehäuft auftreten. Zum Beispiel: „Ich muss alles, was ich tue, perfekt tun, um nicht wertlos zu sein.“ Insbesondere bei aktiven Formen von Burnout, die an ihren unrealistischen Ansprüchen und Wertvorstellungen zu scheitern drohen, kann die KVT demnach den Kern des Problems angehen (Burisch, 2014). Schließlich macht die KVT „*flexibel Gebrauch von allerlei selbstentwickelten oder anderswo entliehenen Methoden*“ (Burisch, 2014, S. 280).

Systematische Reviews zur Wirksamkeit von Interventionen bei Burnout konnten zahlreiche Studien mit einem breiten Interventionsspektrum identifizieren (Awa et al., 2010; Korczak et al., 2012; McCray, Cronholm, Bogner, Gallo & Neill, 2008; Ruotsalainen, Serra, Marine & Verbeek, 2008; Van der Klink, Blonk, Schene & van Dijk, 2001; Walter et al., 2012). Einige Reviews beschränken sich auf definierte Professionen (Gesundheitsberufe, Ärzte). Mit einer Ausnahme (Nienhaus, 2006) waren alle in die Analysen eingeschlossenen Interventionen ambulant bzw. wurden am Arbeitsplatz durchgeführt.

Ohne Beschränkung auf eine definierte Profession zeigt ein systematischer Review bei personenbezogenen Maßnahmen in 17 Studien (68 %) eine signifikante Reduktion des Burnouts (Awa et al., 2010). Die Arbeit zeigt, dass kognitive Verhaltenstherapie (KVT) vor allem den Grad der emotionalen Erschöpfung reduziert. Diese Reduktion zeigt sich auch noch im Follow-up nach sechs Monaten.

Die Metaanalyse von van der Klink und Mitarbeitern (2001) schloss 48 kontrollierte Studien in die Analyse ein. Es ergaben sich mittlere Effektstärken für kognitiv-verhaltenstherapeutische und multimodale Programme. Die Stabilität des Behandlungserfolgs konnte für ein kognitiv-behaviorales Programm aufgezeigt werden, wenn auch nur über einen relativ kurzen Nachbefragungszeitraum von 3 Monaten (Gardner, Rose, Tyler, Mason & Cushway, 2005).

Das systematische qualitative Review von Walter und Mitarbeitern (2012) analysierte u. a. sechs Studien kognitiv-verhaltenstherapeutischer Behandlungsansätze. Davon konnten fünf Studien eine signifikante Reduzierung der Burnout Symptomatik nachweisen. Nur zwei Studien untersuchten Langzeitverläufe (> 1 Jahr).

Damit kann die Wirksamkeit ambulanter kognitiv-behavioraler Therapie zur Behandlung des Burnout-Syndroms in systematischen Reviews und Metaanalysen belegt werden. Es liegen jedoch nur vereinzelte Studien zur stationären Burnout-Therapie sowie Studien zu Langzeitverläufen vor.

3.10.1 Stationäre Therapie

Eine stationäre Behandlung scheint dann indiziert zu sein, wenn der Erschöpfungszustand die Erfüllung sozialer Rollen erheblich beeinträchtigt (Elkuch, Haberthür, Hochstrasser, Holtforth & Soyk, 2010). Obwohl die Behandlung von Burnout zum Indikationsspektrum zahlreicher psychosomatischer Kliniken gehört, wurden stationäre, Burnout-spezifische Behandlungsprogramme bisher nur selten beschrieben (Zaindl & Söllner, 2012). In den meisten Kliniken werden Patienten mit Burnout unspezifisch gemeinsam mit Patienten mit anderen psychischen und psychosomatischen Störungen behandelt.

Einige Kliniken integrieren indikationsspezifische Gruppen mit dem Fokus auf arbeitsplatzbezogenen Störungen in die allgemeine stationäre Behandlung. Beispiele hierfür sind das in Prien angewandte manualisierte kognitiv-behaviorale Programm „*Stressbewältigung am Arbeitsplatz*“ (Hillert, Koch & Hedlund, 2007; Koch, Hedlund, Rosenthal & Hillert, 2006). Dabei werden acht bis zehn Teilnehmer zusätzlich zu einem Standardtherapieprogramm mit einer speziellen arbeitsbezogenen Gruppentherapie über vier bis acht Wochen behandelt. Katamnestische Untersuchungen zeigten, dass Patienten mit arbeitsbezogenen Störungen von dieser Behandlung im Vergleich zu einer Behandlungsgruppe ohne spezielle arbeitsbezogene Gruppentherapie auch noch nach einem Jahr im Sinne einer geringeren Erschöpfung und gesteigerten Arbeitszufriedenheit profitierten.

An der Tagesklinik der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Klinikum München-Harlaching wurde ein *psychodynamischer Ansatz* zur Behandlung arbeits- und berufsbezogener Störungen in einem teilstationären Behandlungssetting etabliert (Huber & Juen, 2013). Zusätzlich zum Diagnose übergreifenden Behandlungsplan wird eine indikative Gruppe „Arbeit und Beruf“ angeboten. Erste Ergebnisse zur Evaluation des therapeutischen Konzepts liegen vor, lassen jedoch keine Aussage darüber zu, inwieweit das angebotene

Zusatzmodul für die hohe Wirksamkeit der Behandlung verantwortlich ist, da keine entsprechende Vergleichsgruppe (d. h. Behandlung berufsbezogener Störungen ohne Zusatzmodul) zur Verfügung stand (Huber & Juen, 2013).

Eine störungsspezifische Behandlung in einer homogenen Gruppe von Patienten mit Burnout ist hingegen selten. Hochstrasser und Mitarbeiter haben an der Schweizer Privatklinik Meiringen ein Burnout-spezifisches stationäres Behandlungskonzept entwickelt und evaluiert (Elkuch et al., 2010; Hochstrasser et al., 2008). Die ressourcenorientierte und multimodale Behandlung ist für sieben Wochen konzipiert und beinhaltet neben Einzelpsychotherapie spezielle Burnout-spezifische Gruppenmodule. Die Evaluation des Programms wurde mit 100 Patienten durchgeführt und zeigte nachhaltige Effekte (Katamnesezeitraum zwischen 3 Monaten und 3 Jahren) bezüglich der Symptomatik und der psychosozialen Funktion. Methodische Einschränkungen der Studie ergeben sich vor allem aufgrund des naturalistischen Designs.

Am Klinikum Nürnberg wurde ein multimodales Interventionsprogramm mit teilstationären und stationären Behandlungsplätzen in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie entwickelt (Eisenberg & Söllner, 2008; Zaindl & Söllner, 2012). Die Intervention dauert in der Regel vier bis sechs Wochen. Eine halb-offene Patientengruppe von neun Patienten mit Burnout wird mit einem tiefenpsychologisch orientierten gruppentherapeutischen Programm behandelt. Eine erste Evaluation der Veränderung der Beschwerden und arbeitsbezogener persönlicher Risikofaktoren für Burnout erfolgte mit 32 konsekutiven Patienten in einem unkontrollierten Prä-post-Vergleich (Söllner, Lange & Albrecht, 2012). Die Ergebnisse der Evaluation liefern Hinweise auf eine signifikante Verminderung der emotionalen Erschöpfung und der depressiven Symptomatik sowie eine Zunahme von innerer Ruhe/Ausgeglichenheit und eine tendenzielle Abnahme der Verausgabungsbereitschaft.

3.11 Fazit

Zwischen Burnout und Depression besteht eine hohe Komorbidität und es liegt ein deutlicher Überlappungsbereich vor, der vor allem in Hinblick auf den Parameter *Erschöpfung* deutlich wird (Ahola & Hakonen, 2014; Ahola et al., 2005; Ahola, Honkonen & Kivimäki, 2006; Bianchi, Schonfeld & Laurent, 2014).

Die Passung zwischen den Eigenschaften einer Person und der Umwelt (äußeren Stressoren) ist entscheidend dafür, ob sich ein Burnout-Syndrom entwickelt oder nicht (Kokkinos, 2007; Swider & Zimmerman, 2010). Aktuelle Studien und Metaanalysen zum Zusammenhang von

Burnout und Persönlichkeitsfacetten geben erste Hinweise darauf, dass Persönlichkeitsfaktoren eine bedeutsame Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Burnout spielen (z. B. Gündel & Dammann, 2012; Ilse et al., 2014; Rössler et al., 2013). Insgesamt ist die empirische Basis für den Zusammenhang zwischen Burnout und dem Individualfaktor/Persönlichkeitsfaktor sehr begrenzt (Berger et al., 2012a; Burisch, 2014; Hillert & Marwitz, 2006).

Am besten evaluiert sind kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen zur Burnout Behandlung, für die eine hohe Evidenz der Wirksamkeit angenommen werden kann (Awa et al., 2010; Korczak et al., 2012; McCray et al., 2008; Ruotsalainen et al., 2008; Van der Klink et al., 2001; Walter et al., 2012). Für stationäre Behandlungsprogramme liegen vereinzelt Studien vor (z. B. Elkuch et al., 2010; Hillert et al., 2007; Koch et al., 2006). Die Aussagekraft der vorliegenden Studienergebnisse wird durch zahlreiche methodische Mängel eingeschränkt. Interventionsinhalte und -dauer, Studiendesign und Untersuchungspopulationen sind sehr unterschiedlich und erschweren direkte Vergleiche (vgl. Korczak et al., 2012).

4 Perfektionismus

4.1 Einführung

Die Eigenschaft des Perfektionismus ist weit verbreitet, die meisten Menschen haben mindestens einen Lebensbereich, in welchem sie perfektionistisch sind (Stoeber & Stoeber, 2009). Obwohl Perfektionismus im Arbeitsbereich am weitesten verbreitet ist (Slaney & Ashby, 1996; Stoeber & Stoeber, 2009), hat sich die Forschung bislang insbesondere auf Studenten, Athleten und klinische Stichproben konzentriert.

Grundwort für den Begriff „*Perfektionismus*“ ist das lateinische „*perfectus*“ – das Vollendete, fertig gemachte (Spitzer, 2014). Perfektion bezeichnete in diesem Sinn zuerst das zeitliche Vollenden von etwas, Perfektionsstreben steht also allgemein für ein Streben nach Vollendung oder Vollkommenheit. Spitzer (2014, S. 1) definiert Perfektionismus in einer ersten Annäherung als das

„häufig dysfunktionale Streben von Menschen nach hohen Standards, letztlich nach Vollkommenheit“.

Allgemein wird Perfektionismus als ein relativ stabiles Persönlichkeitsmerkmal verstanden, das alle Lebensbereiche durchdringt, insbesondere die Arbeit und die Schule, und das persönliche Erscheinungsbild und die sozialen Beziehungen beeinflusst (Stoeber & Stoeber, 2009). Es liegen sowohl eindimensionale als auch mehrdimensionale Definitionen von Perfektionismus vor. Bei mehrdimensionalen Definitionen fokussieren verschiedene Forscher auf unterschiedliche Facetten des Konstrukts Perfektionismus (Altstötter-Gleich & Bergemann, 2006). Bis heute liegt keine einheitliche wissenschaftliche Definition des Perfektionismus vor (vgl. Flett & Hewitt, 2002a; Spitzer, 2011).

Allen Definitionen des Perfektionismus ist als zentrales Bestimmungsstück gemeinsam, dass Perfektionisten sich selbst *überhöhte Standards* (Ansprüche) an die eigene Leistung setzen. Die überhöhten Standards müssen nach Altstötter-Gleich (2010) folgende drei Bedingungen erfüllen, um Perfektionismus zu konstituieren:

- Transsituative Konsistenz (hohe Standards in unterschiedlichen Lebensbereichen)
- Verhaltensrelevanz (hohe Standards prägen das Verhalten; Leistungsstreben unter hoher Anstrengung)

- Selbstrelevanz (zentraler Aspekt des Selbstkonzepts; hoher Stellenwert in der Wertehierarchie)

Empirische Studien verweisen auf eine bedeutende Rolle dysfunktionaler Facetten des Perfektionismus bei zahlreichen psychischen Störungsbildern wie z. B. Essstörungen, Zwangsstörungen, sozialen Ängste, Depressionen, Selbstmordgedanken und Suizid, Alkoholismus sowie sexuellen Funktionsstörungen (Übersicht in DiBartolo, Li & Frost, 2008; Egan, Wade & Shafran, 2011; Egan et al., 2014b; Flett & Hewitt, 2002b; Hewitt & Flett, 2002; Shafran & Mansell, 2001; Stoeber & Otto, 2006). Daher wird Perfektionismus auch als „*transdiagnostischer Prozess*“ bezeichnet, der bei einer Vielzahl von psychischen Störungsbildern eine Rolle spielt. Ein *transdiagnostischer Prozess* ist ein Prozess, der bei verschiedenen Diagnosen in Erscheinung tritt und entweder einen Risikofaktor für das Auftreten einer Störung oder ein Mechanismus zu deren Aufrechterhaltung darstellt (Egan et al., 2011).

4.2 Konzeptionen des Perfektionismus

Der amerikanische Psychologe Don E. Hamachek gilt als Pionier der Perfektionismusforschung. Er schlug bereits 1978 die Unterscheidung zwischen „*neurotischen*“ und „*normalen*“ Perfektionisten vor (Hamachek, 1978). Seitdem unterscheiden Forscher zwischen einem *gesunden* (healthy) und *ungesunden* (unhealthy) Perfektionismus (vgl. Flett & Hewitt, 2002a). In der aktuellen wissenschaftlichen Forschung wird Perfektionismus in der Regel als mehrdimensionales Persönlichkeitsmerkmal mit unterschiedlichen *funktionalen* und *dysfunktionalen* Facetten konzeptualisiert (Übersicht in Enns & Cox, 2002), nur einige wenige Autoren gehen von einem eindimensionalen Perfektionismuskonstrukt aus (z. B. Shafran, Cooper & Fairburn, 2002).

In der Literatur werden verschiedene Begriffe verwendet, um diese beiden Formen des Perfektionismus zu beschreiben (z. B. gesunder vs. ungesunder, adaptiver vs. maladaptiver, positiver vs. negativer, normaler vs. neurotischer, funktionaler vs. dysfunktionaler Perfektionismus) (vgl. Altstötter-Gleich, 2014a; Stoeber & Otto, 2006). In der vorliegenden Arbeit werden zur besseren Verständlichkeit bevorzugt die Begriffe *funktionaler* und *dysfunktionaler* Perfektionismus verwendet.

Funktionaler Perfektionismus bleibt in der Regel auf ein oder zwei Lebensbereiche beschränkt (Flett & Hewitt, 2002b). Die mit einem *funktionalen Perfektionismus* einhergehenden Merkmale wie z. B. hohe Standards, Organisiertheit, Ausdauer und Gewissenhaftigkeit führen nach Hamachek (1978) zu einem hohen Ausmaß an Motivation

und Erfolg (vgl. Accordino, Accordino & Slaney, 2000). Positive Perfektionisten erfahren Befriedigung bei der Ausführung schwieriger Aufgaben, da die gesetzten Standards zwar hoch, jedoch erreichbar und realistisch sind (Altstötter-Gleich & Bergemann, 2006).

Der *dysfunktionale Perfektionismus* erstreckt sich zumeist auf alle Lebensbereiche (Flett & Hewitt, 2002b) und ist durch hohe Standards gekennzeichnet, die rigide sind und nicht angepasst werden, wenn diese nicht erreicht werden können (Enns & Cox, 2002). Darüber hinaus werden dysfunktionale Perfektionisten von einem überwältigenden Drang Fehler zu vermeiden angetrieben (Blatt, 1995) und neigen dazu, ihr Verhalten überkritisch zu beurteilen (Frost, Marten, Lahart & Rosenblate, 1990). Daher führen die von ihnen erbrachten Leistungen nur selten dazu, dass sie sich gut fühlen (Hamachek, 1978). Hingegen fühlen sie sich oftmals unzureichend (Burns, 1980a) oder leiden in Leistungssituationen unter negativem Affekt (Blatt, 1995).

Zu den dysfunktionalen Facetten des Perfektionismus zählen je nach verwendetem Messinstrument (Altstötter-Gleich & Bergemann, 2006):

- mangelnde Fehlertoleranz
- Übergeneralisierung von Fehlern
- Zweifel an der eigenen Leistungsfähigkeit
- Wahrnehmung von Diskrepanzen zwischen eigenen Ansprüchen und Leistung
- Wahrnehmung, die hohen Standards seien nicht selbst, sondern von anderen gesetzt

Verschiedene Autoren haben zum Teil sehr unterschiedliche Facetten des dysfunktionalen Perfektionismus postuliert (Übersicht in Stoeber & Otto, 2006). Insgesamt besteht bei den multidimensionalen Konzeptionen des Perfektionismus keine Übereinstimmung in der Anzahl der Dimensionen und darin, welches die wesentlichen Dimensionen des Perfektionismus sind. Egan, Wade, Shafran und Antony (2014b) kommen zu dem Schluss, dass die Debatte bezüglich der Definition, den Abgrenzungen und der Dimensionalität von Perfektionismus noch lange nicht vorbei ist. Die in der wissenschaftlichen Literatur am häufigsten zitierten Perfektionismusmodelle werden im Folgenden dargestellt.

4.2.1 Hewitt & Flett

Hewitt und Flett (1991) unterscheiden je nach der Quelle, von der die hohen Ansprüche ausgehen und an welche Person sie sich richten, drei Facetten des Perfektionismus:

- Self-Oriented Perfectionism (selbstorientierter Perfektionismus)
- Other-Oriented Perfectionism (an anderen orientierter Perfektionismus)
- Socially Prescribed Perfectionism (gesellschaftlich vorgegebener Perfektionismus)

In der Tabelle 1 sind die Formen des Perfektionismus gemäß Hewitt und Flett (1991) nach Quelle und Ziel der Ansprüche dargestellt (nach Spitzer (2011, S. 6)).

Self-Oriented Perfectionism beschreibt die Tendenz, sich selbst hohe Standards zu setzen und das eigene Verhalten streng zu evaluieren und zu kritisieren. *Other-Oriented Perfectionism* beinhaltet die Tendenz, hohe Standards für andere Personen zu setzen und deren Verhalten streng zu evaluieren und zu kritisieren. *Socially Prescribed Perfectionism* ist durch den Glauben, dass bedeutsame andere Personen unrealistisch hohe Erwartungen hegen und es wichtig ist, diesen hohen Standards zu entsprechen, gekennzeichnet.

Tabelle 1: Formen des Perfektionismus nach Quelle und Ziel der Ansprüche

Quelle	Ziel	
	eigene Person	andere Personen
eigene Person	Self-Oriented Perfectionism <i>Ich sage, ich sollte perfekt sein.</i>	Other-Oriented Perfectionism <i>Ich sage, andere sollten perfekt sein.</i>
andere Personen	Socially Prescribed Perfectionism <i>Andere fordern, ich sollte perfekt sein.</i>	

Der *Self-Oriented Perfectionism* und der *Other-Oriented Perfectionism* kennzeichnen gesunde (funktionale) Perfektionismus-Facetten (Enns & Cox, 2002; Stoeber, Feast & Hayward, 2009). Der *Socially Prescribed Perfectionism* wird durchgängig als ungesunde (dysfunktionale) Facette des Perfektionismus verstanden. Diese Dimension ist durch die external motivierte Annahme, dass wichtige Bezugspersonen übersteigert hohe Leistungsstandards erwarten und dass die Akzeptanz der eigenen Person die Erfüllung dieser hohen Ansprüche voraussetzt, gekennzeichnet. Für den *Socially Prescribed Perfectionism* konnten in einer Reihe von Studien positive Korrelationen mit psychischen Störungen wie z. B. Depressionen, Selbstmordgedanken und Essstörungen nachgewiesen werden (Spitzer, 2011). So fanden z. B. Mushquash und Sherry (2012), dass Menschen mit einer hohen Ausprägung des sozial

vorgeschriebenen Perfektionismus selbstschädigende Verhaltensweisen, Depressionen und maladaptive Copingstrategien aufwiesen.

Ausgehend von dem 3-Faktoren Modell des Perfektionismus entwickelten Hewitt, Flett, Turnbull-Donovan und Mikail (1991) die *Multidimensional Perfectionism Scale* (HMPS) zur Messung des Perfektionismus. Studien zur Validität des Instruments unterstützen die Gültigkeit des dreidimensionalen Modells (Appleton, Hall & Hill, 2009; Hewitt et al., 1991).

4.2.2 Frost et al.

Frost, Marten, Lahart und Rosenblate (1990) konzeptualisieren Perfektionismus als ein sechsdimensionales Konstrukt mit den folgenden Dimensionen:

1. Personal Standards (Hohe Standards)
2. Organization (Organisiertheit)
3. Concern over Mistakes (Fehlensensibilität),
4. Doubts about Actions (Leistungsbezogene Zweifel)
5. Parental Expectations (Erwartungen der Eltern)
6. Parental Criticism (Kritik durch Eltern).

Die Dimension *Personal Standards* beinhaltet die Tendenz, überhöhte Ansprüche an die eigene Leistungsfähigkeit zu stellen. Der Faktor *Organization* kennzeichnet die Tendenz, Präzision, Ordnung und Organisation überzubetonen. *Concern over Mistakes* ist durch eine exzessive Angst davor, Fehler zu begehen, gekennzeichnet, wobei jeglicher kleiner Fehler bereits als Versagen angesehen wird. *Doubts about Actions* bezeichnet die Zweifel an der Qualität der eigenen Arbeit. *Parental Expectations* beinhaltet den Glauben, dass die Eltern Standards setzen, die nicht erfüllt werden können und *Parental Criticism* ist der Glaube, dass die Eltern in Bezug auf die Erfüllung ihrer Standards übermäßig kritisch sind.

Aufgrund ihres 6-Faktorenmodells entwickelten die Autoren die *Multidimensional Perfectionism Scale* (FMPS) zur Messung von Perfektionismus (Frost et al., 1990). In einer ersten Studie zur Validität der *Multidimensional Perfectionism Scale* konnten die Autoren die sechs angenommenen Dimensionen des Perfektionismus empirisch bestätigen (Frost et al., 1990). Die Dimensionen *Concern over Mistakes* und *Doubts about Actions* korrelieren positiv mit klinischen Störungen wie Depression, Suizidalität, Essstörungen sowie Zwangs- und Angststörungen (z. B. Enns, Cox & Borger, 2001; Hamilton & Schweitzer, 2000; Rheaume, Freeston, Ladouceur, Bouchard, Gallant, Talbot & Vallieres, 2000; Sassaroli, Lauro,

Ruggiero, Mauri, Vinai & Frost, 2008). Die Faktoren *Personal Standards* und *Organization* gehen typischerweise nicht mit einer Psychopathologie einher (Egan et al., 2014b).

4.2.3 Slaney et al.

Slaney, Rice und Ashby (2002) gehen davon aus, dass Perfektionismus nicht per se eine maladaptive Persönlichkeitseigenschaft darstellt. In ihrer Betrachtungsweise stellt Perfektionismus ein multidimensionales Konstrukt dar, in dem einige Facetten einen *adaptiven* und andere einen *maladaptiven* Charakter aufweisen (vgl. Slaney & Ashby, 1996). Aufgrund dieser Überlegung entwickelten Slaney und Mitarbeiter die *Almost Perfect Scale* (APS) zur Messung der adaptiven und maladaptiven Dimensionen des Perfektionismus (Slaney, Ashby & Trippi, 1995; Slaney & Johnson, 1992). Das Instrument wurde im Jahr 2001 einer Revision unterzogen (APS-R) (Slaney, Rice, Mobley, Trippi & Ashby, 2001). Faktorenanalytisch konnten die drei Faktoren *High Standards*, *Discrepancy* und *Order* identifiziert werden (Slaney et al., 2002; Slaney et al., 2001).

Der Faktor *High Standards* (funktional) bezieht sich auf das Ausmaß in welchem eine Person, unabhängig von der eigenen Leistungsfähigkeit, hohe Leistungserwartungen an sich selbst stellt. *Discrepancy* (dysfunktional) beschreibt das Ausmaß der wahrgenommenen Diskrepanz zwischen der aktuellen Leistung und den persönlichen Leistungsansprüchen. Die Dimension *Order* (funktional) bezieht sich auf eine Präferenz für Organisationen, Ordnung und Ordentlichkeit.

Studien zeigten bedeutsame Korrelationen zwischen den Dimensionen des APS-R und verschiedenen Indikatoren der psychischen Gesundheit und Leistungsfähigkeit sowie psychischen Störungen wie z. B. erhöhtem Selbstwertgefühl, akademischen Leistungen, positivem Affekt, Angst sowie Depression (z. B. Ashby, Noble & Gnilka, 2012; Ashby & Rice, 2002; Grzegorek, Slaney, Franze & Rice, 2004; Mobley, Slaney & Rice, 2005; Rice & Slaney, 2002; Slaney et al., 2001).

4.3 Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Modell des Perfektionismus

Bereits Ellis (1962) konstatierte, dass emotionale- und Verhaltensstörungen ihre Ursache in irrationalen Gedankenmustern haben, die sich u. a. auf die Angst einen Fehler zu machen und übermäßige Selbstkritik beziehen. Nach Ellis werden Menschen bereits mit einer Disposition zu irrationalen Denken geboren. In aktuell belastenden Lebenssituationen werden die irrationalen Gedankenmuster (z. B. „ich muss...“; „die anderen müssen...“) aktiviert (Ellis, 1997).

Das kognitiv-verhaltenstherapeutische Modell des Perfektionismus geht davon aus, dass sich perfektionistische Persönlichkeitseigenschaften in „*negative automatic thoughts*“ und dysfunktionalen kognitiven Grundannahmen und Bewertungsprozessen manifestieren (Beck, 1976; Egan et al., 2014b; Pacht, 1984; Shafran et al., 2002). Demnach ist das Persönlichkeitsmerkmal *Perfektionismus* durch häufige irrationale Kognitionen gekennzeichnet, die dazu anleiten, sich perfektionistisch zu verhalten (vgl. Flett & Hewitt, 2002a; Flett & Hewitt, 2008; Flett, Hewitt, Whelan & Martin, 2007; Flett, Molnar, Nepon & Hewitt, 2012b; Hill & Appleton, 2011; Knaus, Parr & Ellis, 2014; Lo & Abbott, 2013; Spitzer, 2011). Zu den perfektionistischen „Kern-Kognitionen“ zählen u. a. die Formulierung überhöhter Standards sowie die absolute Forderung nach Fehlerlosigkeit wie z. B. der Gedanke „*Ich muss in allem perfekt sein was ich tue.*“

Unter auf Perfektionismus bezogene Kognitionen werden insbesondere automatische Gedanken verstanden, die die Notwendigkeit perfekt zu sein sowie Befürchtungen keine Perfektion erreichen zu können reflektieren (Flett, Hewitt, Blankstein & Gray, 1998; Stoeber, Kobori & Brown, 2014). Auch Rumination (Grübeln) über Fehler und Unzulänglichkeiten ist ein Phänomen, dass in der Literatur über Perfektionismus häufig beschrieben wird (vgl. Flett et al., 2007).

Ein weit verbreitetes Instrument zur Erfassung automatischer Gedanken, die sich auf Themen des Perfektionismus beziehen, ist das *Perfectionism Cognitions Inventory* (PCI) (Flett et al., 1998; Flett et al., 2007). Mit 25 Items wird die Häufigkeit auf Perfektionismus bezogener Gedanken erfasst, Beispielitems sind (Flett et al., 1998):

- Egal wie viel ich auch tue, es reicht niemals aus.
- Meine Arbeitsleistung sollte überdurchschnittlich sein.
- Ich muss die ganze Zeit über hart arbeiten.
- Meine Arbeit muss fehlerlos sein.
- Ich sollte keinen Fehler zweimal machen.
- Ich muss immer leistungsfähig sein.
- Ich sollte perfekt sein.

Die Items des PCI entsprechen weitgehend den Ausführungen von Ellis (2002) zum Zusammenhang von Perfektionismus und irrationalen Gedanken. Zahlreiche der automatischen Gedanken enthalten die Formulierungen „*sollte*“ und „*muss*“ und reflektieren den Druck, realen oder imaginierten Erwartungen zu entsprechen (Lo & Abbott, 2013).

Die Annahme, dass Perfektionismus mit häufigen automatischen irrationalen Gedanken einhergeht, konnte in empirischen Untersuchungen bestätigt werden (vgl. Conroy, Kaye & Fifer, 2007; Flett et al., 1998; Flett, Hewitt, Blankstein & Koledin, 1991; Flett, Madorsky, Hewitt & Heisel, 2002b). Weiterhin belegen Studien, dass die Häufigkeit perfektionistischer Kognitionen mit psychischen Störungen wie z. B. Angst und Depressionen (Flett et al., 1998; Flett, Hewitt, Demerjian, Sturman, Sherry & Cheng, 2012a; Flett et al., 2007; Flett et al., 2002b; Wimberley & Stasio, 2013), Essstörungen (Downey, Reinking, Gibson, Cloud & Chang, 2014; Flett, Newby, Hewitt & Persaud, 2011; Pirbaglou, Cribbie, Irvine, Radhu, Vora & Ritvo, 2013), Zwangsstörungen (Taylor, Coles, Abramowitz, Wu, Olatunji, Timpano, McKay, Kim, Carmin & Tolin, 2010) sowie Burnout (Hill & Appleton, 2011) in Zusammenhang steht.

4.4 Therapie des Perfektionismus

Die psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit dysfunktionalem Perfektionismus stellt eine große Herausforderung dar, da diese oftmals erst zu einem relativ späten Zeitpunkt und mit ausgeprägter Schwere einer Symptomatik psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen (Altstötter-Gleich, 2010). Zudem stellt die kognitive Umstrukturierung von perfektionistischen Grundannahmen eine schwierige Aufgabe dar. Auf sich selbst bezogene perfektionistische Ansprüche erscheinen häufig legitim und werden nur widerwillig überprüft und dauerhaft verändert. Perfektionisten haben in der Regel unrealistische Ziele und Standards an den Behandlungsverlauf und müssen erst lernen, kleine Veränderungen zu erkennen und wertzuschätzen sowie Psychotherapie als einen graduellen Prozess zu betrachten (vgl. Flett & Hewitt, 2002a). Daher ist die psychotherapeutische Behandlung von Perfektionisten ein langer und intensiver Prozess (Spitzer, 2011). Insgesamt gelten perfektionistische Tendenzen als schwer zu behandeln (Flett & Hewitt, 2002a).

Spitzer definiert Perfektionismus unter therapeutischer Perspektive als eine Gruppe zusammenhängender Grundannahmen, z. B. als die Überzeugungen, dass (Spitzer, 2014, S. 1)

- es für alles eine perfekte Lösung gibt,
- es möglich und erstrebenswert ist, eine Sache perfekt (fehlerfrei) zu machen,
- selbst kleine Fehler gravierende Konsequenzen haben.

Diese Grundannahmen können sich mit anderen kognitiven Schemata bezüglich eines bedingten Selbstwerts (Abwertung nach dem Scheitern der eigenen Ansprüche) oder Versagensangst

und Katastrophenerwartungen zu differenzierten kognitiven Syndromen verbinden (Spitzer, 2011).

Ausgehend von den aktuellen multidimensionalen Perfektionismus-Konzeptionen formuliert Spitzer (2014, S. 4) drei Therapieziele:

- Die Ansprüche senken: Sich keine unerreichbaren oder nur sehr schwer erreichbaren Ziele mehr setzen.
- Die Ansprüche flexibilisieren: Nicht mehr absolut und rigide fordern, die eigenen Ansprüche unter allen Umständen erfüllen zu müssen.
- Einen unbedingten Selbstwert entwickeln: Den Selbstwert unabhängig vom Erreichen oder Verfehlen eigener Standards machen.

Die in der Literatur vorgeschlagenen Interventionsstrategien zur Behandlung von Patienten mit dysfunktionalem Perfektionismus sind schwerpunktmäßig der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) zuzuordnen (Shafran et al., 2002). Eine Übersicht über kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen zur Behandlung von Perfektionismus findet sich in Egan et al. (2014b).

Es liegen einige Studien vor, die die Effektivität von KVT-Interventionen zur Behandlung von Perfektionismus belegen (Übersicht in Egan et al., 2011; Egan et al., 2014b; Lloyd, Schmidt, Khondoker & Tchanturia, 2015). In die Studien wurden vor allem Patienten mit Depression, Essstörungen und Angststörungen einbezogen, wobei sich die Stichproben in der Regel aus gemischten Störungsbildern zusammensetzten. Die überwiegende Mehrzahl der klinischen Studien bezieht sich auf ein einzeltherapeutisches Setting. Nur wenige der vorliegenden Studien sind randomisierte kontrollierte Studien (vgl. Lloyd et al., 2015).

Eine kontrollierte Studie von Egan, van Noort, Chee, Kane, Hoiles, Shafran und Wade (2014a) zeigte, dass KVT zu einer Verringerung der Ausprägung der Perfektionismus-Facetten *Concern over Mistakes* und *Personal Standards* führt. Riley, Lee, Cooper, Fairburn und Shafran (2007) wiesen in einer kontrollierten Studie eine Reduktion des Perfektionismus sowie von Angst und Depression durch KVT nach. Für ein gruppentherapeutisches Setting der KVT konnten Steele, Waite, Egan, Finnigan, Handley und Wade (2013) in einer kontrollierten Studie eine Reduktion des Perfektionismus sowie eine Symptomreduktion bei Essstörungen, Depressionen und Angststörungen aufzeigen. Dieses Ergebnis wurde in einer Studie

von Handley, Egan, Kane und Rees (2015) weitgehend bestätigt, darüber hinaus wiesen die Autoren die Nachhaltigkeit der Veränderungen über einen Zeitraum von sechs Monaten nach.

Zusammenfassend kommen Egan et al. (2014b) zu dem Schluss, dass KVT für Perfektionismus effektiv ist und zu überwiegend großen Effekten hinsichtlich der Symptomreduktion von Essstörungen, Depressionen und Ängsten führt. Zu einem vergleichbaren Ergebnis kommt eine aktuelle Metaanalyse, in die acht Studien eingingen (Lloyd et al., 2015). Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die Mehrzahl der Studien nicht mit klinischen Stichproben durchgeführt wurde.

4.5 Perfektionismus und Burnout

Die Passung zwischen den Persönlichkeitsmerkmalen einer Person und der Umwelt (äußeren Stressoren) ist entscheidend dafür, ob sich ein Burnout-Syndrom entwickelt oder nicht (Kokkinos, 2007; Swider & Zimmerman, 2010). Als Persönlichkeitsfaktoren die die Entwicklung eines Burnout begünstigen, werden in der Literatur u. a. genannt (Kaschka et al., 2011; Lehofer et al., 2011; Lohmer, Sprenger & von Wahlert, 2012):

- Hohe (idealistische) Erwartungen an sich selbst
- Hoher Ehrgeiz
- Sehr hohe Ideale
- Starkes Bedürfnis nach Anerkennung
- Wunsch erfolgreich bzw. der Beste zu sein
- Es anderen immer recht machen wollen und dabei eigene Bedürfnisse unterdrücken
- Einsatz und Engagement bis hin zur Selbstüberschätzung und Überforderung
- (Zu)hohe Arbeitsmotivation
- Streben nach Anerkennung und Wertschätzung
- Geringes Selbstwertgefühl
- Angst den Erwartungen anderer nicht zu entsprechen
- Angst zu versagen und Angst vor Kritik

Es ist augenfällig, dass die genannten Merkmale eine hohe Übereinstimmung mit den dysfunktionalen Facetten des Perfektionismus aufweisen. Einzelbefunde aus Studien und die Erfahrung vieler Kliniker legen gleichfalls einen Zusammenhang von Burnout und Perfektionismus nahe. So finden sich in der klinischen Praxis häufig perfektionistische und extrem leistungsbereite Personen, die von einem Burnout betroffen sind (Berberich et al., 2012).

Dementsprechend wird Perfektionismus von zahlreichen Autoren als eine der möglichen Ursachen von Burnout angesehen (vgl. Burisch, 2014; Gummesson & Schöps, 2013; Gündel & Dammann, 2012; Hillert & Marwitz, 2006; Jaggi, 2008; Kaluza, 2005; Kernen, 2005; Körner, 2003; Litzcke & Schuh, 2007; Schröder, 2006).

In der Abbildung 1 sind die in der Literatur postulierten Zusammenhänge zwischen Perfektionismus und Burnout vereinfacht schematisch dargestellt. Ausgangspunkt des Modells ist die Annahme, dass einer Belastung durch arbeitsplatzbezogene Faktoren unter Vermittlung des Persönlichkeitsfaktors Perfektionismus mittel- bis langfristig zu einer starken seelischen, körperlichen und psychosozialen Beeinträchtigung im Sinne eines Burnout-Syndroms führt (vgl. Bauer et al., 2003a; Burisch, 2014; Lohmer, 2013).

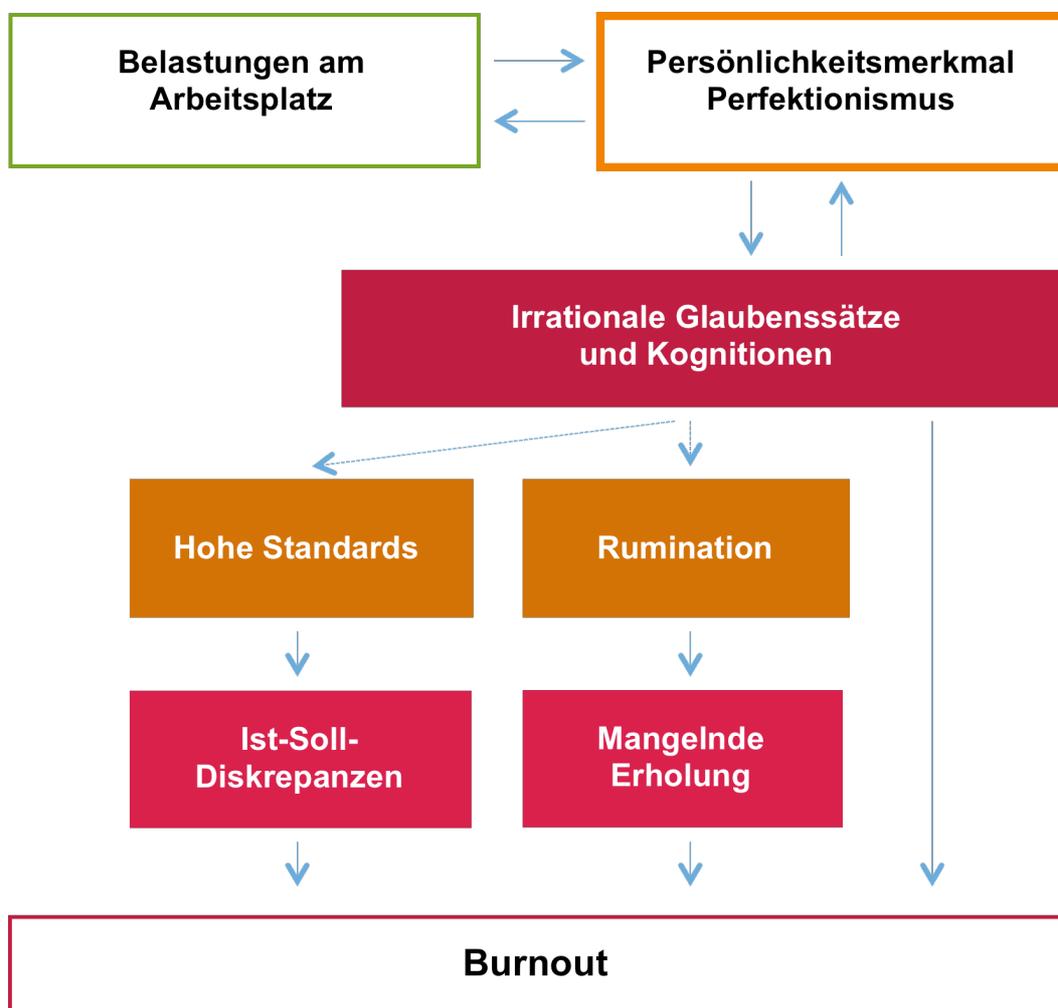


Abbildung 1: Postulierte Zusammenhänge zwischen Perfektionismus und Burnout

Entsprechend der Theorie von Ellis führen äußere oder innere Ereignisse nicht direkt zu emotionalen oder Verhaltensreaktionen, diese werden vielmehr über irrationale Gedankenmuster und kognitive Bewertungen vermittelt (Ellis, 1962; Ellis, 1997; Ellis, 2002). So führt z. B. ein Fehler bei der Arbeit nur dann zu einem anhaltenden negativen Gefühlszustand, wenn im eigenen Glaubenssystem (belief system) das irrationale Bewertungsmuster verankert ist, dass während der Arbeit niemals Fehler passieren dürfen. Dem entsprechend liegen dem Burnout-Syndrom vermutlich irrationale Kognitionen und Glaubenssätze zugrunde, die häufig unausgesprochen und den Betroffenen nicht bewusst sind und die mit Burnout assoziierten Verhaltensmuster anstoßen (vgl. Burisch, 2014; Flett et al., 2012b).

In der Burnout-Literatur finden sich zahlreiche Beschreibungen von spezifischen *Glaubenssätzen*, die bei Personen mit Burnout gehäuft auftreten. Hierzu zählt u. a. der Glaubenssatz: „*Ich muss alles, was ich tue, perfekt tun, um nicht wertlos zu sein.*“ (Burisch, 2014). Nach Stock (2010) zählen die Facetten des Perfektionismus reflektierenden Leitsätze „*Sei perfekt!*“, „*Mach es allen recht!*“ und „*Streng dich an!*“ zu den häufigsten Burnout-spezifischen Kognitionen.

Burisch (2014) sowie Hillert und Marwitz (2006) sehen ein hohes individuelles Burnout-Risiko, wenn der Einzelne dem Arbeitsbereich überhöhte Bedeutung im Hinblick auf Selbstverwirklichung, Selbstbestätigung und Leistungserwartung zumisst. Dem entsprechend neigen von einem Burnout Betroffene zu hochgesteckten und rigiden Zielen (Boy & Pine, 1980; Freudenberger & Richelson, 1983).

Auch Hillert und Schmitz (2004) betonen in ihrem Erklärungsmodell des Burnouts (modifiziert nach Schaufeli & Enzmann, 1998) eine hohe Motivation der von Burnout Betroffenen, gekennzeichnet durch hohe Ziele, Absichten und Ansprüche. Wenn die genannten Merkmale auf ungünstige Bedingungen stoßen, entsteht Frustration mit Gefühlen von Erschöpfung, weil die Absichten nicht zur Wirklichkeit passen (Soll-Ist-Diskrepanz).

Gemeinsam ist diesen Erklärungsmodellen des Burnout die weitgehende Übereinstimmung mit dem zentralen Bestimmungsstück des Perfektionismus, dem Setzen hoher Standards an die eigene Leistung und deren konsequente Verfolgung. Nach Luo, Wang, Zhang, Chen und Quan (2016) können Perfektionisten ihren hohen persönlichen Standards oftmals nicht gerecht werden und sind daher im Vergleich zu anderen Menschen einem höheren Burnout-Risiko ausgesetzt.

Ein zusätzlicher Aspekt für den Zusammenhang zwischen Burnout und Perfektionismus ist, dass Perfektionisten sich mehr Gedanken über ihre Arbeit machen und mehr über ihre arbeitsbezogenen Leistungen ruminieren als Nicht-Perfektionisten (vgl. Flett et al., 2002b). Daher fällt es ihnen schwer abzuschalten und sich nach der Arbeit zu entspannen (Flaxman, Ménard, Bond & Kinman, 2012; Mitchelson, 2009).

4.5.1 Empirische Studien

Die empirische Überprüfung von Zusammenhängen zwischen dem Persönlichkeitsmerkmal Perfektionismus und Burnout erfolgte bisher insbesondere im *Leistungssport* (z. B. Appleton et al., 2009; Appleton & Hill, 2012; Chen, Kee, Chen & Tsai, 2008; Chen, Kee & Tsai, 2009; Hill, 2013; Hill, Hall & Appleton, 2010; Hill, Hall, Appleton & Murray, 2010; Jowett, Hill, Hall & Curran, 2013). Darüber hinaus finden sich Studien mit z. B. *klinischen Stichproben* (Ilse et al., 2014), *Lehrern* (Childs & Stoeber, 2012; Kiraz & Özyurtlu, 2014; Stoeber & Rennert, 2008), *Ärzten* (Houkes, Winants & Twellaar, 2008), *Psychotherapeuten* (Philp, Egan & Kane, 2012), *Gebärdensprachdolmetschern* (Schwenke, Ashby & Gnilka, 2014), *Polizisten* (Hrabluik, Latham & McCarthy, 2012), *Managern* (Taris, van Beek & Schaufeli, 2010), *Angestellten* (Caliskan, Arikan & Saatci, 2014; Kazemi & Ziaaddini, 2014; Li, Hou, Chi, Liu & Hager, 2014; Van Yperen, Verbraak & Spoor, 2011) sowie *berufstätigen Müttern* (Mitchelson & Burns, 1998) und *Studenten* (Zhang, Gan & Cham, 2007). Eine Übersicht über die Forschungsergebnisse für den Bereich der Arbeitnehmer findet sich in Stoeber und Damian (2016).

Da der Leistungssport durch sehr spezifische Anforderungen und damit verbundene Stressbelastungen charakterisiert ist, was sich u. a. in der Verwendung sportspezifischer Messinstrumente wie den *Athlete Burnout Questionnaire* (ABQ) (Raedeke & Smith, 2009) und die *Sport Multidimensional Perfectionism Scale* (SMPS-2) (Gotwals, Dunn, Causgrove Dunn & Gamache, 2010) niederschlägt, wird in dieser Arbeit nicht näher auf Studien aus diesem Bereich eingegangen.

Zur Erfassung des Burnouts wurde in der Regel eine Form des *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (Maslach et al., 1996) eingesetzt. In der überwiegenden Anzahl der Studien kamen als Instrument zur Messung des Perfektionismus die *Multidimensional Perfectionism Scale* (HMPS) (Hewitt et al., 1991) bzw. die *Multidimensional Perfectionism Scale* (FMPS) (Frost et al., 1990) sowie die *Almost Perfect Scale Revised* (APS-R) (Slaney et al., 2001) zum Einsatz. Einige wenige Studien verwendeten andere Instrumente wie z. B. Tashman, Tenenbaum und Eklund (2010) das *Perfectionism Inventory* (PI) (Hill, Huelsman, Furr,

Kibler, Vicente & Kennedy, 2004) sowie Philp et al. (2012) und D'Souza, Egan und Rees (2011) das *Copenhagen Burnout Inventory* (Kristensen et al., 2005). Im Folgenden wird zur besseren Vergleichbarkeit der Studienergebnisse nur auf Arbeiten zurückgegriffen, die das MBI als Maß für Burnout und die HMPS bzw. FMPS oder die APS-R als Perfektionismusmaß verwenden.

Die dysfunktionalen Perfektionismus-Facetten *Doubts about Actions* und *Concern over Mistakes* (FMPS) sowie *Socially Prescribed Perfectionism* (HMPS) und *Discrepancy* (APS-R) zeigten in den vorliegenden Untersuchungen überwiegend moderate bis hohe signifikante Zusammenhänge mit einer oder mehreren der drei Burnout-Dimensionen *Emotionale Erschöpfung*, *Depersonalisation* (positive Korrelationen) und *Leistungsfähigkeit im Beruf* (negative Korrelationen) bzw. einem *Gesamtmaß* aus allen drei Dimensionen (Caliskan et al., 2014; Childs & Stoeber, 2010, 2012; Fairlie & Flett, 2003; Ilse et al., 2014; Kazemi & Ziaaddini, 2014; Li et al., 2014; Mitchelson & Burns, 1998; Schwenke, 2013; Shu-Shen, 2012; Taris et al., 2010; Tashman et al., 2010; Van Yperen et al., 2011; Zhang et al., 2007).

Zum Beispiel untersuchten Ilse und Mitarbeiter in einer Studie an 50 Patienten einer Psychosomatischen Klinik den Zusammenhang zwischen *Perfektionismus* und *Burnout*. Die Autoren fanden überwiegend moderate bis hohe Korrelationen der Skalen der *Multidimensional Perfectionism Scale* (FMPS-D) mit den drei Burnout-Dimensionen des *Maslach Burnout Inventory* (MBI-GS-D). Die höchsten Korrelationen mit dem Gesamtwert für Burnout ergaben sich für die dysfunktionalen Perfektionismus-Facetten *Doubts about Actions* und *Concern over Mistakes*. Die Skala *Organization* (funktionale Perfektionismusfacette) korrelierte mit keiner der Burnout Dimensionen (Ilse et al., 2014).

In einer prospektiven Längsschnittstudie untersuchten Childs und Stoeber (2012) Lehrer sowie Verwaltungs- und Führungskräfte im Gesundheitswesen und fanden, dass in beiden Stichproben dysfunktionaler Perfektionismus (*Socially Prescribed Perfectionism*) nicht nur positiv mit Burnout korreliert, sondern auch die Zunahme der Burnout Symptomatik über die Zeit von drei bzw. sechs Monaten vorhersagt.

Dem Zusammenhang zwischen Burnout und perfektionistischen Kognitionen wurde in einer Studie von Hill und Appleton (2011) an Athleten (Rugby Spieler) nachgegangen. Erhoben wurde die Burnout-Symptomatik mit dem *Athlete Burnout Questionnaire* (Raedeke & Smith, 2009), die Häufigkeit perfektionistischer Kognitionen wurden mit dem PCI (Flett et al., 1998) gemessen. Es zeigte sich, dass die Häufigkeit perfektionistischer Kognitionen positiv mit allen erhobenen Burnout-Symptomen korreliert ist. Dieses Ergebnis konnte im Wesentlichen

an einer Stichprobe von Lehrern bestätigt werden, darüber hinaus fand sich ein Zusammenhang zwischen Rumination (Grübeln über Symptome und negativen Aspekte des Selbst) und Burnout (Bianchi & Schonfeld, 2016).

Zusammenfassend legen die Befunde nahe, dass Perfektionismus-bezogene Kognitionen sowie Rumination bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung des Burnout eine bedeutsame Rolle spielen und in zukünftigen Konzeptionen zur Burnout Behandlung berücksichtigt werden sollten (vgl. Hill & Appleton, 2011).

Bei der Interpretation der Studienergebnisse ist zu berücksichtigen, dass diese fast ausschließlich an Berufstätigen bzw. Studenten und nicht an klinischen Stichproben durchgeführt wurden. Eine Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse auf das klinisch relevanten Burnout ist nicht ohne Weiteres gegeben.

4.6 Fazit

Dysfunktionaler Perfektionismus kann als ein transdiagnostischer Prozess betrachtet werden, der bei der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Vielzahl von klinischen Störungsbildern eine bedeutsame Rolle spielt (vgl. Egan et al., 2014a; Egan et al., 2011). Die vorliegenden Studienergebnisse sprechen dafür, dass dysfunktionaler Perfektionismus sich in negativen automatischen Gedanken und dysfunktionalen kognitiven Grundannahmen manifestiert (Egan et al., 2014b; Flett et al., 1998; vgl. Flett et al., 1991), die sich durch unrealistische Ansprüche an die eigene Leistungsfähigkeit auszeichnen (vgl. Egan et al., 2011; Shafran & Mansell, 2001).

Der Zusammenhang zwischen klinisch bedeutsamen Burnout und Perfektionismus ist nur sehr wenig untersucht und die empirische Basis für diesbezügliche Aussagen stark begrenzt (vgl. Berger et al., 2012a; Burisch, 2014; Hillert & Marwitz, 2006). Zusammengefasst sprechen die bisherigen Korrelationsstudien dafür, dass das Persönlichkeitsmerkmal dysfunktionaler Perfektionismus in einem positiven Zusammenhang mit Burnout steht und als ein Risikofaktor für die Entwicklung eines Burnout anzusehen ist (vgl. Stoeber & Damian, 2016). Bisher liegt nach Wissen des Autors der vorliegenden Arbeit nur eine Studie vor (Childs & Stoeber, 2012), die den Zusammenhang zwischen Perfektionismus und Burnout in einer Längsschnittstudie untersuchte. Empirische Befunde legen nahe, dass Perfektionismus-bezogene Kognitionen sowie Rumination bei der Entwicklung eines Burnout-Syndroms eine bedeutsame Rolle spielen und in zukünftigen Konzeptionen zur Burnout Behandlung berücksicht-

sichtigt werden sollten (vgl. Hill & Appleton, 2011). Insgesamt besteht weiterer Forschungsbedarf, um den Zusammenhang von Burnout und Perfektionismus aufzuklären.

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen zeigen sich in der stationären Behandlung von Burnout erfolgreich (z. B. Elkuch et al., 2010; Hillert et al., 2007; Koch et al., 2006). Ebenso stellt die KVT eine effektive Behandlungsmöglichkeit des klinisch relevanten Perfektionismus dar (Egan et al., 2014b; Lloyd et al., 2015). Bei bestehender traditioneller Trennung von stationärer und ambulanter Behandlung vor dem Hintergrund, dass die psychotherapeutische Behandlung von Perfektionisten als langer und intensiver Prozess betrachtet wird (Spitzer, 2011), stellt sich die Frage, wie stationäre Behandlungserfolge aufrecht erhalten werden können. Die Etablierung von geeigneten ambulanten Nachsorgeprogrammen stellt somit eine besondere Herausforderung dar (Bauer, Okon, Meermann & Kordy, 2013).

5 Nachsorge stationärer psychotherapeutischer Behandlung

Ein zentrales Problem der stationären Behandlung psychischer und psychosomatischer Störungen ist die Nachhaltigkeit von Therapieerfolgen (vgl. Bischoff et al., 2013). Im günstigen Fall ermöglicht die relativ belastungsarme Klinikumgebung den Patienten, dysfunktionale kognitive Schemata zu identifizieren sowie neue Lernerfahrungen zu machen und Verhaltensalternativen zu entwickeln. Der Übergang und der Transfer von der stationären Therapie zu dem beruflichen, sozialen und familiären Alltag verlangt jedoch Anpassungsleistungen, die nicht alle Patienten aufbringen können. Die Anforderungen des Alltags zwingen Patienten daher oftmals dazu, auf bewährte Bewältigungsstrategien zurückzugreifen (Kobelt, 2015).

Nach einer stationären psychotherapeutischen Therapie verlieren die Patienten in der Regel ein bis zwei Drittel der stationär erreichten Therapieerfolge (vgl. Haase, Frommer, Franke, Hoffmann, Schulze-Muetzel, Jäger, Grabe, Spitzer & Schmitz, 2008; Steffanowski, 2007). In zunehmendem Ausmaß wird daher zur Sicherung des Behandlungserfolgs eine nachstationäre Betreuung angeboten, die den Übergang von der stationären Therapie ins häusliche Milieu unterstützen soll. Dieser Übergang wird vor allem dadurch erschwert, dass die Patienten das neu erworbene Verhalten nicht ohne Weiteres zu Hause anwenden können (Transferproblem) (Bischoff, Gönner, Ehrhardt & Limbacher, 2005). Zudem ist in den letzten Jahren aufgrund des zunehmenden Kostendrucks ein kontinuierlicher Rückgang der stationären Verweildauern zu beobachten, der die Notwendigkeit einer ambulanten Weiterbehandlungen unterstreicht (Zielke, 2015). Dem entsprechend erhalten 60 % bis 90 % der stationär behandelten Patienten die Empfehlung für eine weiterführende ambulante Psychotherapie, die möglichst zeitnah im Anschluss an die stationäre Behandlung erfolgen sollte (Barmer GEK, 2011; Kobelt, 2015; Zielke, 2009).

Aufgrund der traditionellen Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung stellt die Etablierung von ambulanten Nachsorgeprogrammen eine besondere Herausforderung dar (Bauer et al., 2013). Obwohl eine effektive Nachsorge im Anschluss an die stationäre Behandlung sowohl von der Mehrzahl der Patienten gewünscht als auch von den meisten Fachkliniken empfohlen wird (vgl. Zielke, 2009), setzen nur 37 % der psychosomatischen Patienten die Empfehlung zu einer anschließenden ambulanten Psychotherapie um (Harfst, 2002). Darüber hinaus zeigen katamnestiche Daten, dass eine zeitnahe Versorgung durch eine ambulante Psychotherapie häufig nicht gelingt (Kobelt, Nickel, Grosch, Lamprecht & Künsebeck, 2004). Im Durchschnitt müssen Patienten 4,6 Monate auf einen ambulanten Therapieplatz warten (Zepf, Mengele & Marx, 2001). Nach einer Studie der

Bundespsychotherapeutenkammer (2011) beträgt die Wartezeit für ein Erstgespräch bei einem Psychotherapeuten ca. 12,5 Wochen. Nur jeder Vierte bekommt ein Erstgespräch angeboten, etwa die Hälfte davon beginnt auch eine Psychotherapie.

5.1 Ziele und Methoden ambulanter Nachsorge

Nach einer stationären psychotherapeutischen Behandlung sind die Patienten wieder mit ihren früheren oder mit neuen sozialen und beruflichen Lebensumständen konfrontiert. Beim Versuch, die im geschützten Rahmen der Klinik erreichten Veränderungen des Erlebens und Verhaltens auch unter erschwerten alltäglichen Bedingungen umzusetzen, treten häufig Schwierigkeiten auf. Ohne eine qualifizierte Nachsorge laufen die Patienten daher Gefahr, nach der Entlassung aus der stationären Psychotherapie in alte Verhaltensmuster zurückzufallen. Die ambulante Nachsorge soll die stationären Therapieziele fortführen und die Teilnehmer dabei unterstützen, die in der stationären Behandlung erreichten Ergebnisse in den sozialen, familiären und beruflichen Alltag zu transferieren und damit den Behandlungserfolg vertiefen und stabilisieren (vgl. Bischoff et al., 2005; Gönner, Bischoff, Ehrhardt & Limbacher, 2006; Kobelt & Grosch, 2005; Köpke, 2007).

In den letzten Jahren haben sich in der psychosomatischen Rehabilitation unterschiedliche Nachsorgeprogramme entwickelt, die von wohnortnahen Gruppenangeboten der Deutschen Rentenversicherung wie zum Beispiel dem „*Curriculum Hannover*“ (Lamprecht, Kobelt, Künsebeck, Grosch & Schmid-Ott, 1999) und dem *Dürkheimer Prä-Post-Projekt* (Bischoff et al., 2005) bis hin zu individueller Nachsorge via Telefon, E-Mail, SMS oder Smartphone reicht.

Das in Deutschland am weitesten verbreitete und am besten evaluierte ambulante Nachsorgeprogramm ist das im Jahr 1995 von der Landesversicherungsanstalt Hannover entwickelte *Curriculum Hannover* (Kobelt & Grosch, 2005; Kobelt, Grosch & Lamprecht, 2002; Lamprecht et al., 1999). Das wohnortnahe Angebot verfolgt das Ziel, in Anknüpfung an die stationäre Rehabilitation, die Gesundheit der Teilnehmer nachhaltig zu stabilisieren, den Transfer des Gelernten in den Alltag zu sichern und damit einer stationärer Wiederaufnahmen entgegenzuwirken. Die Ziele und Methoden des Nachsorgeprogramms sind im Einzelnen (Kobelt & Grosch, 2005):

- **Fortführung der stationären Rehabilitationsziele:** Stabilisierung der stationär erreichten Rehabilitationsziele und Transfer in den Alltag.

- **Case-Management:** Der Case-Manager (Nachsorgegruppenleiter) stellt Hilfestellung bei der Herstellung von weiterführenden Kontakten und bei beruflichen Fragen zur Verfügung.
- **Eröffnung einer Perspektive:** Das Angebot einer ambulanten Nachsorge als Element einer sicherheitsgebenden Rehabilitationskette soll dem Patienten ermöglichen, sich während der stationären Rehabilitation ganz auf die Auseinandersetzung mit seinen Problemen zu konzentrieren und den Abschied aus der stationären Behandlung erleichtern.
- **Begleitung und Transfer der stationären Rehabilitationsergebnisse:** Die Patienten werden bei der Anwendung stationär erlernter neuer Verhaltensweisen im Alltag unterstützt und erhalten die Möglichkeit, verschiedene Problemlösungen auszuprobieren und zu reflektieren.

Das Nachsorgeprogramm beginnt in der Regel innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der stationären Therapie. In den geschlossenen, wöchentlich angebotenen Nachsorgegruppen nehmen acht bis zehn Teilnehmer teil. Die Intervention erstreckt sich über einen Zeitraum von maximal sechs Monaten und umfasst 25 Sitzungen zu je 90 Minuten. Im Rahmen der Programmteilnahme werden fünf Phasen durchlaufen, in denen neun störungsspezifische Module wie z. B. „Depression“, „funktionelle Störungen“, „Probleme am Arbeitsplatz“, „Umgang mit Misserfolg“, „Beziehungsprobleme“ bearbeitet werden (Kobelt et al., 2002).

5.2 Wirksamkeit von ambulanter Nachsorge

Evaluationen von ambulanten Nachsorgekonzepten wie z. B. dem Curriculum Hannover liegen zurzeit nur wenige vor. In diesen Studien konnten positive Effekte für ambulante nachstationäre Interventionen in der psychosomatischen Rehabilitation bzgl. der Erhaltung des Therapieerfolgs, Symptomstabilisierung, Verringerung von Arbeitsausfällen, Arztbesuchen sowie Krankenhaustagen nachgewiesen werden (z. B. Bischoff et al., 2005; Kobelt, 2004; Kobelt, Grosch, Lamprecht, Hentschel & Schmid-Ott, 2001; Kobelt & Schmid-Ott, 2010; Kobelt, Schmid-Ott, Künsebeck, Grosch, Hentschel, Malewski & Lamprecht, 2000; Lamprecht et al., 1999; Renner, Salem & Scholz, 2009).

So konnte z. B. in einer Studie gezeigt werden, dass die Reduktion der Arbeitsunfähigkeitstage, die bereits durch die vorangegangene stationäre Rehabilitationsmaßnahme erreicht werden konnte, durch die Teilnahme an einer ambulanten psychosomatischen Nachsorge (Curriculum

Hannover) noch verbessert werden konnte. Gerade bei den psychosozial schwerer beeinträchtigten Patienten konnte eine weitere Reduktion der Symptomatik bzw. Stabilisierung erreicht werden, während sich die Vergleichsgruppe im gleichen Zeitraum eher verschlechterte (Lamprecht et al., 1999). Die Ergebnisse konnten im Wesentlichen in einer weiteren Untersuchung bestätigt werden (Kobelt & Schmid-Ott, 2010). Darüber hinaus ergaben sich erste Hinweise in Bezug auf die Nachhaltigkeit der erzielten Symptomstabilisierung: Nach einem Beobachtungszeitraum von fünf Jahren zeigten sich in der Nachsorgegruppe vergleichsweise bessere Symptomverläufe.

Im Bad *Dürkheimer Prä-Post-Projekt* wurde die Wirksamkeit einer ambulanten bis zu acht Wochen dauernden standardisierten Gruppenintervention zur Nachbereitung einer stationären verhaltenstherapeutischen Rehabilitation evaluiert (Bischoff et al., 2005). Die Teilnehmer der ambulanten Nachsorge zeigten ein Jahr nach der Entlassung u. a. hinsichtlich körperlicher Beschwerden, dem Allgemeinbefinden und der Anspannung, der Angstsymptomatik sowie der Fähigkeiten zur Bewältigung von psychosozialen Anforderungen in Beruf und Alltag günstigere Verläufe als ehemalige stationäre Patienten ohne ambulante Nachsorge. Für weitere sechs der elf Outcome-Kriterien (psychischer Beschwerdedruck, Depressivität, Müdigkeit, internale Kontrollüberzeugungen, Selbstwirksamkeitserwartungen, subjektive psychosoziale Basisfertigkeiten) konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen Nachsorgegruppe und Kontrollgruppe festgestellt werden.

Die Akzeptanz einer wohnortnahen ambulanten Nachsorge ist begrenzt, da die Teilnahme mit potenziellen Schwellenängsten und einem zusätzlichen Aufwand einhergeht. Dies gilt sowohl für den Fall, dass die stationär behandelnde Klinik die Nachsorge vorhält (z. B. Bischoff et al., 2005; Renner et al., 2009), als auch für den Fall kooperierender Kliniken (z. B. Kobelt et al., 2004). So werden trotz einer gegebenen Indikation die derzeitigen Angebote der ambulanten Nachsorge nur von ca. 40 % der Patienten angenommen (Kobelt, 2015).

Zum Beispiel zeigte sich bei der Evaluation des *Curriculum Hannover*, dass nur ca. ein Drittel der stationär behandelten Patienten das Nachsorgeangebot in Anspruch genommen hat. Als häufigster Grund für die Nichtteilnahme (50 %) wurde der Wunsch nach Einzelgesprächen genannt. Jeweils ein Viertel der Nichtteilnehmer gaben als Hinderungsgründe die weiten Anfahrtswege (27 %) und Schichtarbeit (22 %) an, 10 % fürchteten durch die Teilnahme an dem Nachsorgeangebot eine Stigmatisierung (Kobelt et al., 2004).

Die ambulante Nachsorge hat darüber hinaus eine selektive Patientengruppe angesprochen: Patienten, die an der Nachsorge teilnahmen, waren häufiger ohne Partner, insgesamt stärker

beeinträchtigt und erhielten eine längere stationäre Behandlung als Patienten, die keine Nachsorge in Anspruch nahmen.

Schlussfolgerungen zur Wirksamkeit ambulanter Nachsorge können aufgrund der geringen Studienzahl nur sehr bedingt gezogen werden. Wünschenswert sind insbesondere weitere Studien mit einem naturalistischen und randomisierten Studiendesign (vgl. Koch & Schulz, 2015).

5.3 Nachsorge im Rahmen der Burnout-Therapien

Im Rahmen der Burnout Therapie werden vereinzelt *Auffrischungssitzungen* (Booster-Sitzungen) nach Beendigung der Intervention angeboten, die für eine Stabilisierung der Therapieeffekte sorgen sollen (z.B. Limm, Gündel, Heinmüller, Marten-Mittag, Nater, Siegrist & Angerer, 2011; Zaindl & Söllner, 2012). Diese finden in Regel stationär statt, sodass die Patienten ggf. eine weitere Anfahrt in Kauf nehmen müssen. In Studien zur Effektivität von Booster-Sitzungen konnte gezeigt werden, dass die durch ein multimodales verhaltensmedizinisch basiertes Therapiekonzept erzielten Verhaltensänderungen über längere Zeit besser aufrechterhalten, Beschwerden anhaltender reduziert und Rückfälle eher vermieden oder verzögert werden, wenn Booster-Sitzungen durchgeführt wurden (Rowe, 2000; Walter et al., 2012; Whisman, 1990). Konzepte zur ambulanten Nachsorge im Rahmen einer stationären Burnout Therapie liegen nach Wissen des Autors bislang nicht vor.

5.4 Informations- und Kommunikationstechnologien in der Nachsorge

Das primäre Ziel des Einsatzes von Informations- und Kommunikationstechnologien ist darin zu sehen, bestehende Versorgungslücken unter Ausnutzung der Vorteile moderner Kommunikationsmittel zu überbrücken (vgl. Kordy, 2004; Kordy, 2008). Zu den Vorteilen dieser Interventionsformen zählen insbesondere deren ökonomische und niedrigschwellige Einsatzmöglichkeit. Ein Beispiel für die Verwendung von Kommunikationstechnologie im Rahmen der ambulanten Nachsorge nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation sind traditionelle Telefonkontakte (z. B. Braunger et al., 2015). Durch die Gebundenheit an vereinbarte Termine während der üblichen Arbeitszeiten bleibt die Nutzung telefonischer Kontakte für eine ambulante Nachsorge allerdings eingeschränkt (vgl. Beebe & Schwartz, 2014).

Zunehmend werden Interventionen, die auf neuen Informations- und Kommunikationstechnologien basieren, zur ambulanten Nachsorge eingesetzt. Hierzu zählen u. a. die Verwendung der Medien *Internet* (z. B. Arpin-Cribbie, Irvine & Ritvo, 2012; Brattberg, 2006, 2007; Radhu

et al., 2012; Ruwaard et al., 2012) und Mobilfunktechnologie wie das *Handy* bzw. *Smartphone* (Überblick in Döring und Eichenberg (2007) sowie Bauer und Kordy (2008)). Vorteile solcher Interventionen sind insbesondere deren räumliche und zum Teil auch zeitlich flexible Einsatzmöglichkeiten zur Nachsorge (Koch & Schulz, 2015).

5.4.1 Internet-basierte Interventionen

Internet-basierte Interventionen werden erfolgreich im Rahmen der Nachsorge psychosomatischer stationärer Behandlung eingesetzt (z. B. Ebert, Tarnowski, Gollwitzer, Sieland & Berking, 2013; Fichter, Quadflieg, Nisslmüller, Lindner, Voderholzer, Wunsch-Leiteritz, Osen, Huber, Zahn, Meermann, Irrgang & Bleichner, 2011; Kordy, Theis & Wolf, 2011). Neben Onlineberatung in Form von *Internet-Chats* (Bauer, Wolf, Haug & Kordy, 2011b; Golkaramnay, Bauer, Haug, Wolf & Kordy, 2007; Golkaramnay, Cicholas & Vogler, 2010; Golkaramnay, Wangemann, Dogs, Dogs & Kordy, 2003; Kordy, Golkaramnay, Wolf, Haug & Bauer, 2006) stellen *E-Mail Kontakte* eine weitere Internetanwendung in der Rehabilitationsnachsorge dar (Bauer & Kordy, 2008; Fichter, Quadflieg & Lindner, 2014; Fichter, Quadflieg, Nisslmüller, Lindner, Osen, Huber & Wunsch-Leiteritz, 2012; Wolf, Maurer, Dogs & Kordy, 2006; Wolf, Zimmer & Dogs, 2008). So entwickelten z. B. Wolf, Maurer, Dogs und Kordy (2006) ein Modell zur Nachbehandlung stationärer Psychotherapiepatienten mithilfe von E-Mail-Kontakten. Eine erste Evaluation zeigte eine positive Resonanz der Patienten bzgl. der E-Mail Betreuung.

Bischoff und Mitarbeiter entwickelten ein *E-Coaching* Nachsorgeprogramm mithilfe von mobilen Taschencomputern (handheld computer; personal digital assistant - PDA) für Patienten mit hoher arbeitsbezogener Verausgabungsbereitschaft (hohe Bedeutsamkeit der Arbeit, Verausgabungsbereitschaft, Perfektionsstreben, geringe Distanzierungsfähigkeit und Unausgeglichenheit). Obwohl die Intervention eine hohe Akzeptanz erfuhr (Bischoff, Schmädeke, Dreher, Adam, Bencetic & Limbacher, 2010), konnte die Wirksamkeit der Maßnahme bisher nicht nachgewiesen werden (Bischoff et al., 2013).

5.4.2 Mobiltelefon-basierte Interventionen

Mobiltelefone (Smartphones) erlauben aufgrund ihrer weiten Verbreitung und ständigen Verfügbarkeit gute Möglichkeiten für die therapeutische Unterstützung des Patienten in seiner gewohnten Umgebung (Bischoff et al., 2013). Die Vorteile derartiger Interventionen liegen insbesondere in der ökologischen Validität, d. h. in der möglichen zeitlichen Kontingenz von

Verhalten, Rückmeldung und Verhaltenskorrekturen (Bischoff, Schmädeke & Fuchsloch, 2014).

Auch im Bereich der ambulanten Nachsorge finden auf Mobiltelefonen basierende Interventionen zur Verringerung des Schnittstellenproblems zwischen stationärer und ambulanter Versorgung Verwendung. Bischoff et al. (2014) konzipierten ein komplexes ambulantes Smartphone-gestütztes kognitiv-behaviorales Reha-Nachsorgeprogramm (eATROS) für stationär behandelte Patienten mit depressiven Störungen. Das Programm greift die kognitiv-behavioralen Elemente der stationären Depressionsbehandlung auf, integriert sie und führt sie konstant fort. Dabei motiviert das Smartphone als „ständiger Begleiter“ den Patienten durch individuelles, gezieltes Fragen, anstatt der Depressionen erzeugenden „alten Gewohnheiten“ seine neuen Selbstregulationsfähigkeiten im Alltag zu verankern. Die Nachsorge ist auf die ersten drei Monate nach Entlassung aus der psychosomatischen Rehabilitationsklinik begrenzt.

Nach einer Einweisung und Erprobungsphase im stationären Setting durchliefen die Patienten in den drei Monaten der ambulanten Nachsorge drei Phasen intensiver Smartphone-gestützter Selbstregulation: eine erste zehntägige Phase beginnend am ersten Montag nach Entlassung sowie zwei weitere Phasen von sieben und fünf Tagen Dauer, vier bzw. acht Wochen nach Beginn der ersten Intensivphase (Bischoff et al., 2014):

- **Intensivphasen**

In den Intensivphasen wurden die Patienten angehalten, am Abend eines jeden Tages ihre Tagesstrukturierung mit eATROS durchzuführen. Dazu sollte zunächst mit der eATROS-Funktion *Bewertung des heutigen Tages* der vergangene Tag hinsichtlich depressionsrelevanter Kriterien bewertet werden. Im zweiten Schritt erfolgte die Planung des nächsten Tages, wobei es freigestellt war, die Tagesplanung mittels des eATROS-Kalenders oder eines herkömmlichen Kalenders durchzuführen. Abschließend sollte der Plan für den folgenden Tag mit der eATROS-Funktion *Bewertung der Planung des morgigen Tages* hinsichtlich der vorgegebenen Kriterien überprüft und bewertet werden. Die Bewertungen wurden automatisch an die Coachs übermittelt.

- **Kurzprüfung**

Im Rahmen der Kurzprüfung wurden die Patienten programmgesteuert zu einer *Kurzentspannungsübung* mit anschließender Bewertung ihres gegenwärtigen Verhaltens und Befindens angeleitet. Sie wurden aufgefordert zu prüfen, ob sie Änderungen an ih-

rem Verhalten bzw. der Tagesplanung vornehmen sollten. Akustische Erinnerungen zur Durchführung der Kurzprüfung konnten von den Patienten über die eATROS-Kalenderfunktion festgelegt werden, die Häufigkeit der Durchführung der Kurzprüfung wurde den Patienten überlassen.

- **Audio-Entspannungsübungen**

Bei Bedarf konnten die Patienten auf Audiodateien verfügbare *Entspannungsübungen* nutzen.

- **Listen**

Den Patienten stand eine Liste zu *positiven Aktivitäten* sowie eine Liste mit *Genussregeln* zur Verfügung. Des Weiteren konnten die Patienten alle persönlichen Listen nutzen, die sie am Ende der stationären Behandlung zur Übertragung auf die Smartphones abgegeben hatten (z. B. hilfreiche Gedanken, Strategien zum Umgang mit Stress, persönliche Vorsätze etc.). Die Nutzung der Listen war den Patienten freigestellt.

- **Wöchentliches Selbstmonitoring**

Über den gesamten Verlauf der Nachsorgemaßnahme bearbeiteten die Patienten an den Wochenenden auf dem eATROS-Smartphone einen Depressionsfragebogen (ADS, Hautzinger & Bailer, 1993) sowie Fragen zur Suizidalität und dem Medikamenteneinnahmeverhalten. In Abhängigkeit von ihren Angaben erhielten die Patienten vordefinierte Empfehlungen und wurden ggf. aufgefordert, Kontakt mit ihren ambulanten Behandlern aufzunehmen. Die Ergebnisse der Depressionsfragebögen und der Selbsteinschätzung der Suizidalität wurden automatisch an die Coachs übermittelt.

- **Geplante und bedarfsabhängige Interventionen**

Standardisierte Kontakte mit den Teilnehmern erfolgten zur Erinnerung an den Beginn und zur Klärung offener Fragen während des Verlaufs. Zu den Aufgaben des Coachs zählte zudem das Monitoring der Depressionsmessungen der Patienten. Bei auffälligen Selbstauskünften nahm der Coach telefonisch mit den Teilnehmern Kontakt auf. Bei Nichterreichbarkeit wurde eine Textnachricht (SMS) mit der Bitte, sich beim Coach zu melden, verschickt.

In einer prospektiven Kontrollgruppenstudie mit ambulanter, poststationärer Regelversorgung als Kontrollbedingung und einer Experimentalgruppe, die zusätzlich eine Nachsorge mit eATROS erhielt, wurde die Wirksamkeit von eATROS überprüft. Im Vergleich zu den

Patienten der Kontrollgruppe gelang es den Patienten der Nachsorgegruppe, ihre während der stationären Rehabilitationsmaßnahme erreichte Reduktion der Depressionssymptomatik während des Untersuchungszeitraums von 3 Monaten besser aufrechtzuerhalten. Die Ergebnisse sprechen für die Überlegenheit der Smartphone-gestützten Rehabilitationsnachsorge gegenüber alleiniger poststationärer Regelversorgung (Schmädeke & Bischoff, 2015).

Die Evaluation der Akzeptanz des Programms zeigte, dass 62 % der stationär behandelten Patienten die Nachsorge mit eATROS aufnahmen, wobei alle die Nachsorge-Behandlung abschlossen. Als gut wurden u. a. die Möglichkeit zu SMS- und Telefonkontakt mit dem Coach in der Klinik bewertet (Bischoff et al., 2014).

Folgende Vorteile lassen *SMS* (short message service) als Kommunikationsmedium besonders für die Nachsorge geeignet erscheinen (Bauer, Okon & Meermann, 2008):

- **Verbreitung:** Ein Großteil der Bevölkerung besitzt ein Mobiltelefon und die Kommunikation über SMS hat sich zu einer üblichen und beliebten Kommunikationsform entwickelt.
- **Flexibilität:** Das Verschicken und Empfangen von SMS ist prinzipiell von überall möglich und die Teilnehmer können unabhängig von Zeit und Ort an der Intervention teilnehmen.
- **Einfachheit:** Aufgrund der weiten Verbreitung des Handys und SMS ist die Programmteilnahme nahezu für jeden Patienten möglich. Diejenigen, die mit SMS nicht vertraut sind, können den Umgang mit SMS leicht erlernen.
- **Kommunikation:** Obwohl mit einer einzelnen SMS nur eine geringe Informationsmenge übertragen werden kann, handelt es sich um ein etabliertes interaktives Medium. Die Mehrzahl der Patienten sind diesen Kommunikationsstil gewöhnt, sodass die Knappheit der Nachrichten mit großer Wahrscheinlichkeit nicht als störend erlebt wird.
- **Aufwand:** Der Aufwand an einem SMS Programm teilzunehmen ist gering, sodass Patienten auch dann teilnehmen können, wenn sie aufgrund ihrer Rückkehr in den Alltag stark beansprucht sind.
- **Kosten:** Das Versenden einer SMS kostet wenige Cent. Damit ist die SMS-Nachsorge sowohl für die Teilnehmer als auch für den Anbieter vergleichsweise günstig, ein As-

pekt, der insbesondere ins Gewicht fällt, wenn man an die langfristige Nutzung einer derartigen Intervention denkt.

Bislang wurden SMS-basierte Interventionen in der poststationären Nachsorge vor allem bei Patienten mit Essstörungen (z. B. Bauer et al., 2006; Bauer, Okon & Meermann, 2011a; Bauer, Okon, Meermann & Kordy, 2012; Bauer et al., 2013; Bauer et al., 2003b; Robinson, Perkins, Bauer, Hammond, Treasure & Schmidt, 2006) eingesetzt.

Die Forschungsstelle für Psychotherapie und die AHG Psychosomatische Klinik Bad Pyrmont entwickelten die *SMS-Brücke* als ein weitgehend automatisiertes Nachsorgeangebot für Patienten mit Bulimia nervosa (Bauer et al., 2003b). Die SMS-Brücke basiert auf dem Konzept des kontinuierlichen supportiven Monitorings und verzichtet auf einen direkten Kontakt zwischen Patient und Therapeut. In der Form frei gestalteter SMS-Nachrichten berichten die Patienten über alltägliche Probleme und Lebensereignisse. In einer randomisierten kontrollierten Studie konnte die Wirksamkeit des Programms bestätigt werden. Während sich 8 Monate nach Klinikentlassung 59 % der Teilnehmerinnen der SMS-Brücke im Zustand der Remission befanden, waren dies bei den Nicht-Teilnehmerinnen lediglich 44 % (Bauer et al., 2012).

Insgesamt liegen bisher nicht genügend Studien zum Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien im Bereich der Nachsorge vor, um die Wirksamkeit, insbesondere in der Routineversorgung, beurteilen zu können (vgl. Koch & Schulz, 2015).

5.5 Fazit

Ein generelles Problem der Rehabilitation von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen ist das „Schnittstellenproblem“ beim Übergang von der stationären Behandlung in den Alltag zu Hause (vgl. Bischoff et al., 2013). Der Zugang zu einer zeitnahen Nachsorge im Anschluss an eine stationäre Psychotherapie unterliegt durch die mangelnde Vorhaltung entsprechender Angebote nicht nur strukturellen Einschränkungen, sondern wird auch durch eine mangelnde Akzeptanz der Angebote durch die angesprochenen Patienten erschwert. Für die mangelnde Akzeptanz der Nachsorgeangebote spielen logistische und zeitliche Probleme bei einer potenziellen Teilnahme eine bedeutsame Rolle (vgl. Braunger et al., 2015; Kobelt, 2004). Es besteht demnach ein ernsthaftes Versorgungsdefizit nach einer stationären psychotherapeutischen Behandlung. Insbesondere im Bereich der Burnout Behandlung fehlt es bislang an ambulanten Nachsorgeangeboten.

Vor diesem Hintergrund spielt der Einsatz von neuen Informations- und Kommunikationstechnologien für die Optimierung der Versorgung eine zunehmend wichtigere Rolle (vgl. Kordy, 2004; Kordy, 2008). Vorteile dieser Interventionen liegen insbesondere in deren großer Reichweite und ökonomischen Effizienz. In der Nachsorge wurden bisher vor allem Internet-Chat-Gruppen und E-Mail-Programme untersucht. Relativ neu und daher weitgehend unerforscht ist der Einsatz von Mobiltelefonen mit einer therapeutischen Zielsetzung. Erste Evaluationsergebnisse sprechen für eine hohe Teilnahmebereitschaft und Akzeptanz SMS-basierter Nachsorge (Bauer et al., 2003b; Bischoff et al., 2014) sowie deren Wirksamkeit (Bauer et al., 2006; Bauer et al., 2011a; Bauer et al., 2012; Schmädeke & Bischoff, 2015). Daher erscheint diese Technologie eine vielversprechende Interventionsmöglichkeit im Rahmen der Nachsorge stationärer Burnout Therapie.

6 Fragestellung und Hypothesen

Patienten die wegen eines Burnouts stationär behandelt werden, werden überwiegend mit der Erstdiagnose einer depressiven Episode zugewiesen. Zwischen Burnout und Depression besteht eine hohe Komorbidität (vgl. Zaudig et al., 2012; Bianchi, Schonfeld & Laurent, 2014). Die Bedeutung von Persönlichkeitsfaktoren für die Entwicklung des Burnout-Syndroms ist bislang nur wenig untersucht worden. Es gibt jedoch erste Hinweise darauf, dass eine starke Ausprägung des Persönlichkeitsmerkmals *Perfektionismus* einen wesentlichen Faktor für die Entstehung und Aufrechterhaltung des Burnouts darstellt (vgl. Stoeber & Damian, 2016). Dysfunktionaler Perfektionismus gründet sich auf negativen automatischen Gedanken und dysfunktionalen kognitiven Grundannahmen, daher ist die KVT die bevorzugte Intervention zur Behandlung des Perfektionismus (vgl. Egan et al., 2014b; Flett et al., 1998; Flett et al., 1991). Die Modifikation perfektionistischer Kognitionen spielt auch in der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung des Burnouts eine wesentliche Rolle (vgl. von Känel, 2008).

Die Nachhaltigkeit von Therapieerfolgen ist ein zentrales Problem der stationären Behandlung psychischer und psychosomatischer Störungen (vgl. Bischoff et al., 2005; Bischoff et al., 2013). Die ambulante Nachsorge soll die stationären Therapieziele fortführen und die Teilnehmer dabei unterstützen, die in der stationären Behandlung erreichten Ergebnisse zu stabilisieren und zu vertiefen (Kobelt & Grosch, 2005; Köpke, 2007). Nachsorgeprogramme nach einer stationären Burnout Behandlung sind bisher nur selten beschrieben und wenig evaluiert. In einigen Studien werden stationäre *Auffrischungssitzungen* (Booster-Sitzungen) nach Beendigung der Intervention angeboten, die für eine Stabilisierung der Therapieeffekte sorgen sollen (z B. Limm et al., 2011; Zaindl & Söllner, 2012). Sie sind jedoch in der Durchführung unökonomisch und verlangen von den Patienten oftmals lange Anfahrtswege. Ambulante Nachsorgekonzepte wurden im Rahmen der Burnout Behandlung bislang nicht beschrieben.

Ein aktueller Trend in der Psychotherapieforschung ist die Suche nach möglichst niedrigschwelligen und ökonomischen Interventionsformen. Ergebnisse dieser Suche sind Interventionen, die neue Informations- und Kommunikationstechnologien wie das Internet und Mobiltelefon einsetzen. Mobiltelefone erlauben aufgrund ihrer weiten Verbreitung und ständigen Verfügbarkeit gute Möglichkeiten für die therapeutische Unterstützung des Patienten in seiner gewohnten Umgebung (Bischoff et al., 2013). Erste Evaluationsergebnisse sprechen für eine hohe Teilnahmebereitschaft und Akzeptanz SMS-basierter Nachsorge

(Bauer et al., 2003b) sowie deren Wirksamkeit (Bauer et al., 2006; Schmädeke & Bischoff, 2015), sodass deren Einsatz auch in der nachstationären Burnout Behandlung als vielversprechend erscheint.

Ausgehend von dem dargestellten aktuellen Forschungsstand wird in der vorliegenden Arbeit ein neu konzipiertes SMS-basiertes poststationäres KVT-Nachsorgeprogramm vorgestellt, in dem insbesondere Perfektionismus-bezogene Kognitionen modifiziert wurden. Im Rahmen einer Pilotstudie wird neben Praktikabilität und Akzeptanz auch die Wirksamkeit überprüft. Die Ergebnisse sollen zur weiteren Konzeptentwicklung beitragen.

Um die Akzeptanz des Nachsorgeprogramms zu prüfen, werden die Bereitschaft zur Teilnahme, die Abbrecherquote und der von den Teilnehmern bewerte Nutzen der Nachsorge als wesentliche Indikatoren untersucht. Im Rahmen einer Wirksamkeitsprüfung wird untersucht, ob das SMS-Nachsorgeprogramm zu einer Stabilisierung des stationären Behandlungserfolgs führt. Im Einzelnen werden hierzu die folgenden Hypothesen getestet:

Hypothese 1: Die SMS-Nachsorge führt poststationär im Vergleich zur Routinebehandlung zu einer signifikant geringeren Burnout-Symptomatik.

Hypothese 2: Die SMS-Nachsorge führt poststationär im Vergleich zur Routinebehandlung zu einem signifikant geringeren Depressionsgrad.

Hypothese 3: Die SMS-Nachsorge führt poststationär im Vergleich zur Routinebehandlung zu einer signifikant geringeren Ausprägung dysfunktionaler Perfektionismus-Facetten.

7 SMS-basierte Nachsorgeprogramm

7.1 Konzept

Die grundlegende Idee des Nachsorgeprogramms ist es, den Patienten beim Übergang in den Alltag bzw. die Rückkehr in das belastende berufliche und häusliche Umfeld mit einer Minimalintervention per SMS zu unterstützen. Im Rahmen der stationären Routinebehandlung (siehe 8.4) wurden dysfunktionale Kognitionen, die als ein zentraler Aspekt des klinisch relevanten Perfektionismus angesehen werden (Flett et al., 2007; Flett et al., 2012b; Hill & Appleton, 2011), durch andere, einer Selbstüberforderung entgegen wirkende für den Patienten hilfreiche Gedanken (im Weiteren auch *Leitsätze* genannt), ersetzt. Diese bildeten die Grundlage der SMS-Nachsorge.

Da Perfektionisten in der Regel unrealistische Ziele und Standards an den Behandlungsverlauf setzen (vgl. Flett & Hewitt, 2002a) besteht die Gefahr, sich im Anschluss an die stationäre Behandlung zu überfordern, zu schnelle Fortschritte von sich zu fordern, was eine erhöhte Gefahr für Rückfälle erwarten lässt. Der Patient sollte durch das Nachsorgeprogramm angeregt werden, kleine Veränderungen zu erkennen und wertzuschätzen. Mit Hilfe der SMS-Nachsorge sollten die erarbeiteten funktionalen Gedanken schrittweise gefestigt und somit „verankert“ werden. Der Prozess der „Verankerung“ wurde durch die SMS-Nachrichten sechs Wochen ambulant begleitet, was in etwa der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von Patienten in einer psychosomatischen Klinik entspricht. Es wurde angenommen, dass eine sechswöchige, mehrmals tägliche Konfrontation mit den neuen Leitsätzen ausreicht, um den Teilnehmer hinreichend zu sensibilisieren, diese selbständig in seinem alltäglichen Handeln zu berücksichtigen.

Der erste Schritt in der SMS-Nachsorge bestand darin, die in der stationären Behandlung erarbeiteten neuen Leitsätze zu explorieren und hinsichtlich einer hilfreichen Veränderung zu überprüfen. Die Leitsätze sollten folgenden Regeln entsprechen:

- keine Verneinung, wie „nein“, „keine“, „nicht“
- keine absoluten Begriffe, wie „immer“, „muss“, „alle“, „nie“
- keine 180°-Wendung („*nicht in das gegenteilige Extrem fallen*“)
- neuer Leitsatz soll motivieren („*betrifft mich der Satz persönlich?*“)
- aktive Formulierung
- Ich-Form

- kurz und prägnant
- „altes Reizwort“ (z. B. „perfekt“, „100-Prozent“, „leisten“, „funktionieren“) durch ein neues Wort ersetzen

In Tabelle 2 sind „alte“ und „neu“-formulierte Kognitionen exemplarisch dargestellt. Der Teilnehmer konnte sich im Rahmen der Nachsorge für maximal fünf neuformulierte individuelle Leitsätze entscheiden, die in das Programm aufgenommen wurden.

Tabelle 2: Beispiele für die Neuformulierung von Leitsätzen

Dysfunktionaler Gedanke	Funktionaler Gedanke
„Ich muss immer Leistung bringen.“	„Ich habe mich im Blick.“
„Ich muss immer fehlerfrei sein.“	„Ich vertraue mir“
„Ich muss es alleine schaffen.“	„Ich darf abgeben.“
„Die anderen erwarten perfekte Leistung von dir.“	„Ich löse mich von den vermeintlichen Gedanken anderer.“
„Du bist für alle und alles verantwortlich.“	„Ich Sorge für mich.“
„Du musst immer alles geben.“	„Ich achte täglich auf meine Bedürfnisse.“
„Es reicht nie aus, was ich tue.“	„Ich habe das Steuer selbst in der Hand.“
„Höher, schneller, weiter.“	„Ich gebe auf mich acht.“
„Ich muss alles perfekt erledigen.“	„Ich konzentriere mich auf das Wesentliche.“
„Ganz oder gar nicht.“	„Ich würdige Kleinigkeiten.“
„Ich erwarte von mir und meiner Familie immer 100-Prozent.“	„Ich kann die Zügel lockern und trotzdem läuft alles.“
„Es muss immer voran gehen.“	„Ich erlaube mir, Erfolge zu genießen.“
„Ich muss zu den Besten gehören.“	„Ich entdecke meinen Wert.“

Der Übergang von der stationären Therapie in das häusliche Milieu wird vor allem dadurch erschwert, dass die Patienten das neu Erworbene nicht ohne Weiteres zu Hause anwenden können (Transferproblem) (Bischoff et al., 2005). Der zentrale Schritt in der Konzeption des Nachsorgeprogramms war demzufolge festzulegen, wie die neuen, hilfreichen Kognitionen im Alltag gefestigt werden können. Eine alleinige Übermittlung des neuen Leitsatzes per SMS erschien nicht ausreichend, da die Formulierungen meist allgemein gehalten, teilweise abstrakt bzw. wenig handlungsorientiert formuliert wurden (vgl. Tabelle 2). Ziel war es, möglichst konkrete, verhaltenssteuernde Formulierungen von dem Patienten zu erhalten, die

im Alltag überprüfbar sind. Dazu wurde der Patient gefragt: „*Wie können Sie sich verhalten, um dem neuen Leitsatz zu entsprechen?*“ (vgl. Anhang 12.4: Arbeitsblatt „Verankern von Leitsätzen“). Für jeden neu formulierten Leitsatz wurden drei bis fünf „Verankerungen“ auf der Verhaltensebene benannt (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Beispiele für Verankerung hilfreicher Gedanken

Dysfunktionaler Gedanke	Funktionaler Gedanke	Wie kann dieser gefestigt werden?
„Ich muss immer Leistung bringen.“	„Ich habe mich im Blick.“	<ul style="list-style-type: none"> • Nimm dir Zeit mit dir! • Vergiss das Walken nicht! • Mach jeden Tag eine Achtsamkeitsübung! • Hobbys sind wichtig! • Tausche dich mit Kolleginnen, Freundinnen aus!
„Es reicht nie aus, was ich tue.“	„Ich habe das Steuer selbst in der Hand.“	<ul style="list-style-type: none"> • Bleib deinen Entscheidungen treu! • Keine Rechtfertigungen und Entschuldigungen! • Schöpfe Kraft aus dem Erreichten! • Mein Leben, meine Entscheidungen, mein Weg!
„Ich muss alles perfekt erledigen.“	„Ich konzentriere mich auf das Wesentliche.“	<ul style="list-style-type: none"> • Du musst nicht alles können! • Lass einfach mal was liegen! • Du kannst Nein-sagen!

In einem nächsten Schritt wurde von dem Teilnehmer die persönliche Bedeutung der neuformulierten Leitsätze eingeschätzt („wichtig“, „äußerst wichtig“). Dadurch wurde die Häufigkeit, mit dem der Leitsatz per SMS gesendet wurde, festgelegt. Die als „äußerst wichtig“ deklarierten Leitsätze wurden doppelt so häufig versendet. Die SMS wurden so verfasst, dass die konkrete Handlungsanweisung dem Leitsatz vorangestellt wurde, z.B.: *Mach jeden Tag eine Achtsamkeitsübung!* („*Ich habe mich im Blick*“).

7.2 Technische Umsetzung

Der SMS-Versand erfolgte über ein Modem, welches mit einem gesicherten Server verbunden war. Die entsprechenden Nachrichten wurden computergestützt mit der internetbasierten

Software *mySMSCoach* (Hersteller: Berking, 2011) generiert und über das Modem, in dem sich eine SIM-Karte befand, an das Handy der Teilnehmer versandt.

Dazu wurden die von dem Teilnehmer festgelegten Leitsätze und Handlungsanweisungen mit Hilfe eines Texteditors in eine Textdatei mit dem Dateiformat CSV (Comma-separated values) übertragen. In der Textdatei wurden entsprechend die Tage und Uhrzeiten, an denen eine SMS versendet werden sollte, festgelegt. Der Teilnehmer wurde dann mit einem Benutzercode (9-stellige Patientenummer) und seiner Handynummer im System angelegt und die erzeugte Textdatei anschließend in das System importiert und dem Teilnehmer zugeordnet. Das Programm stellt Tag, Uhrzeit und SMS-Text übersichtlich dar (Abbildung 2).

The screenshot shows a web browser window with the URL https://ssl-account.com/mysmscoach.de/sms_paket.html?ac=s1&spid=216&catasuv. The page title is "SMS-TOOL" with a sub-header "Sichere Datenübermittlung durch SSL-Verschlüsselung!". There are navigation tabs for "Mein SMS-TOOL", "Kategorien", "SMS-Paket", "Projekte", and "User". Below these are buttons for "Importieren" and "SMS-Pakete auflisten". The main content is a table with three columns: "Tag", "Uhrzeit", and "SMS".

Tag	Uhrzeit	SMS
0	12:00	Hallo, hier ist Ihr SMS-Coach. Ab Morgen werde ich Ihnen Hilfestellungen senden, wie Sie sich entsprechend Ihrer neuen Leitsätze verhalten können. Viel Erfolg!
1	08:00	ATME MEHRMALS TIEF DURCH! (Leitsatz: Ich vertraue meinen Gefuehlen.)
1	10:00	SAMMLE DEINE SONNENSTRAHLEN! (Leitsatz: Ich mache mich frei von Beurteilungen.)
1	15:00	SCHAU AUF DEINE STAERKENLISTE! (Leitsatz: Ich entdecke meinen Wert.)
1	19:30	FOLGE DEINEM ERSTEN IMPULS! (Leitsatz: Ich tue es einfach.)
2	08:00	HOERE EIN LIED VON SEFORA NELSON! (Leitsatz: Ich vertraue meinen Gefuehlen.)
2	10:00	SCHAU DIR DEINE SCHAETZE AN! (Leitsatz: Ich mache mich frei von Beurteilungen.)
2	15:00	ACHTE DICH SO WIE DU BIST UND TUE DIR ETWAS GUTES! (Leitsatz: Ich entdecke meinen Wert.)
2	19:30	KOMM IN BEWEGUNG! (Leitsatz: Ich tue es einfach.)
3	08:00	STELL DIR VOR, WIE DU AM STAMM EINER EICHE SITZT! (Leitsatz: Ich vertraue meinen Gefuehlen.)
3	10:00	DEINE SKILLS HELFEN DIR! (Leitsatz: Ich mache mich frei von Beurteilungen.)
3	15:00	DEIN WERT LIEGT IN DIR SELBST, EGAL WAS DU TUST! (Leitsatz: Ich entdecke meinen Wert.)
		EMANG AN, DAS ANDERE FOLGT NACH! (Leitsatz: Ich tue es

Abbildung 2: SMS-Texte eines Teilnehmers an den ersten drei Tagen der Nachsorge

In dem Programm konnte überprüft werden, ob eine SMS bereits verschickt wurde und ggf. ausstehende SMS noch korrigiert werden (Abbildung 3). Aufgrund der internetbasierten Technologie konnte das Programm von überall aus bedient werden. Eine mögliche Antwort eines Teilnehmers per SMS wurde nicht erfasst.

The screenshot shows a web browser window with the URL <https://ssl-account.com/mysmscoach.de/meinsmstool.html?ac=ta&pid=573>. The page title is "SMS-TOOL" with a sub-header "Sichere Datenübermittlung durch SSL-Verschlüsselung!". There are navigation tabs for "Mein SMS-TOOL", "Kategorien", "SMS-Paket", "Projekte", and "User". A "Meine Projekte" button is visible. The main content is a table titled "Teilnehmer" with the following data:

Teilnehmer	Email	Telefon	Zustelldatum	Sendungsart	
110009851	---	017198	13.09.2013 19:30:00	SMS	Bereits verschickt
110009851	---	017198	20.08.2013 08:00:00	SMS	Bereits verschickt
110009851	---	017198	30.08.2013 15:00:00	SMS	Bereits verschickt
110009851	---	017198	10.09.2013 10:00:00	SMS	Bereits verschickt
110009851	---	017198	17.08.2013 10:00:00	SMS	Bereits verschickt
110009851	---	017198	28.08.2013 10:00:00	SMS	Bereits verschickt
110009851	---	017198	15.08.2013 10:00:00	SMS	Bereits verschickt
110009851	---	017198	25.08.2013 10:00:00	SMS	Bereits verschickt
110009851	---	017198	06.09.2013 15:00:00	SMS	Bereits verschickt
110009851	---	017198	20.09.2013 10:00:00	SMS	Bereits verschickt
110009851	---	017198	13.08.2013 15:00:00	SMS	Bereits verschickt
110009851	---	017198	22.08.2013 19:30:00	SMS	Bereits verschickt
110009851	---	017198	04.09.2013 10:00:00	SMS	Bereits verschickt
110009851	---	017198	16.09.2013 19:30:00	SMS	Bereits verschickt
110009851	---	017198	11.08.2013 12:00:00	SMS	Bereits verschickt
110009851	---	017198	21.08.2013 08:00:00	SMS	Bereits verschickt
110009851	---	017198	01.09.2013 10:00:00	SMS	Bereits verschickt
110009851	---	017198	12.09.2013 10:00:00	SMS	Bereits verschickt
110009851	---	017198	19.08.2013 10:00:00	SMS	Bereits verschickt

Abbildung 3: Überblick über versandte SMS (die letzten 4 Ziffern der Telefonnummer wurden unkenntlich gemacht)

7.3 Ablauf

Ein wesentliches Merkmal des SMS-Programms war die enge Verzahnung mit dem stationären Setting. Die Teilnehmer der Versuchsgruppe erhielten in der Abreisewoche, nach Durchführung der Abschlussdiagnostik in der Klinik (t2), ein ca. 50 minütiges einzelpsychotherapeutisches Gespräch, indem analog 7.1 die in der stationären Therapie neu erarbeiteten Leitsätze überprüft und entsprechend handlungsbezogene Anweisungen zugeordnet wurden (vgl. Anhang 12.4: Arbeitsblatt „Verankern von Leitsätzen“).

Jeder Teilnehmer der Versuchsgruppe erhielt nach der Entlassung insgesamt ca. 110 SMS über einen Gesamtzeitraum von 42 Tagen. Die Intervention wurde am ersten Sonntag nach Entlassung mit folgender SMS eingeleitet: „Hallo, hier ist Ihr SMS-Coach. Ab Morgen werde ich Ihnen Hilfestellungen senden, wie Sie sich entsprechend Ihrer neuen Leitsätze verhalten können. Viel Erfolg!“. Die einzelnen SMS der Nachsorge (alle SMS-Nachrichten im Anhang 12.10) wurden in den letzten Tagen des Programms mit dem Text „Werden Sie sich immer wieder Ihres Leitsatzes bewusst:...“ „ausgeschlichen“. Das Ende der Nachsorge bildete die SMS „Herzlichen Glückwunsch, Sie haben das SMS-Coaching erfolgreich beendet! Toll gemacht! Weiter so! Alles Gute für die Zukunft.“

Die Anzahl der SMS wurde zu Beginn von vier pro Tag zum Ende auf zwei pro Tag reduziert. An den Samstagen wurde die Anzahl der versendeten SMS auf zwei reduziert. An den Sonntagen erhielten die Teilnehmer eine motivierende Nachricht „Ihr SMS-Coach wünscht Ihnen einen schönen Sonntag!“ (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Verteilung SMS auf Tage und Uhrzeiten

Tag	8 Uhr	10 Uhr	12 Uhr	15 Uhr	19.30 Uhr
0			B		
1	X	X		X	X
2	X	X		X	X
3	X	X		X	X
4	X	X		X	X
5	X	X		X	X
6		X		X	
7		M			
8	X	X		X	X
9	X	X		X	X
10	X	X		X	X
11	X	X		X	X
12	X	X		X	X
13		X		X	
14		M			
15		X		X	X
16		X		X	X
17		X		X	X
18		X		X	X
19		X		X	X
20		X		X	
21		M			
22		X		X	X
23		X		X	X
24		X		X	X
25		X		X	X

Tag	8 Uhr	10 Uhr	12 Uhr	15 Uhr	19.30 Uhr
26		X		X	X
27		X		X	
28		M			
29		X		X	
30		X		X	
31		X		X	
32		X		X	
33		X		X	
34		X		X	
35		M			
36		X		X	
37		X		X	
38		X		X	
39		A		A	
40		A		A	
41		A		A	E

Anmerkungen: B = SMS zur Begrüßung. X = SMS mit Leitsatz. M = SMS zur Motivation.

A = SMS zum Ausschleichen. E = SMS zum Abschluss.

7.4 Routinemäßige Behandlung (Kontrollgruppe und Versuchsgruppe)

Jeder Patient erhielt während der stationären Behandlung ein Basistherapieprogramm bestehend aus Einzelpsychotherapie, problemlöseorientierter Basis-Psychotherapiegruppe, progressive Muskelentspannung, Sport- und Bewegungstherapie sowie verschiedenen Edukationsangeboten. Dieses Therapieprogramm wurde nach Diagnosestellung und Therapiezielvereinbarung um eine Indikativgruppe, ein nonverbales Therapieangebot (z. B. Kunsttherapie), ein Ergänzungsmodul (z. B. Achtsamkeitstherapie) sowie zwei Sport-/Bewegungsangebote erweitert. Lag eine Spezialindikation vor, so wurden weitere Behandlungsmodule (z. B. Biofeedbacktherapie, Hörtherapie) verordnet.

Schwerpunkt für die Therapie von Patienten mit Burnout-Syndrom bildete die indikative Gruppe Burnout. Diese ist eine geschlossene Gruppe mit maximal acht Teilnehmern. Es fanden insgesamt acht Sitzungen á 100 Minuten statt. Es liegt ein Gruppenmanual vor. Die Verordnungen erfolgten über die behandelnden Therapeuten. Die Patienten erhielten in der indikativen Gruppe Burnout Informationen über das Burnout-Syndrom. Sie lernten Prozessmodelle zur Entstehung des Burnout-Syndroms kennen und reflektierten typische Auslöser für Burnout. Der Burnout-Prozess wurde an den beruflichen Werdegängen einiger Patienten erarbeitet, wobei hier bereits der Fokus auf Leitsätze bzw. dysfunktionale Kognitionen gelegt wurde. In der Folge erarbeiteten die Patienten dann in Kleingruppen den Prozess anderer Gruppenteilnehmer. Die Patienten wurden dazu angeleitet, überhöhte und dysfunktionale

Grundannahmen und Bewertungsprozesse bei sich zu erkennen und erlernten Strategien zur Disputation und Modifikation ihrer sogenannten Leitsätze. Schließlich wurden Möglichkeiten des rechtzeitigen Erkennens von Warnsignalen und eines adäquaten Umgangs damit aufgezeigt. Neben Leitsätzen wurden persönliche Aspekte wie aktuelle Lebenskrisen, Lebensumstände und Veränderungen berücksichtigt. Das therapeutische Vorgehen orientierte sich an kognitiven Disputationstechniken und emotiven Methoden der Disputation (Ellis, 1997). Im Folgenden ist ein Überblick über die Sitzungen dargestellt:

- **Sitzung 1:**

Kennenlernen Gruppenleiter und Teilnehmer, Abgleich von Erwartungen, Versuch einer Begriffsdefinition und Erzeugung einer differenzierten Sichtweise des Syndroms, individuelle Grundannahmen und Bewertungen („Leitsätze“) als Ansatz der Veränderung kennenlernen

- **Sitzung 2:**

Einordnung beruflicher Werdegängen von Patienten in Prozessmodelle zur Entstehung von Burnout, exemplarische Ableitung von Leitsätzen, Erkennen eigener und fremder Anteile an der Entstehung von Burnout, Vorbereitung für Interventionsmöglichkeiten

- **Sitzung 3:**

Kennenlernen der eigenen dysfunktionalen Leitsätze und ggf. daraus resultierender resignativen Einstellungen

- **Sitzung 4 und 5:**

Disputation von Leitsätzen

- **Sitzung 6 und 7:**

Angeleitete (Neu-)Erarbeitung von Leitsätzen

- **Sitzung 8:**

Erkennen von eigenen Frühwarnzeichen (Kontrollleuchten), „Stress-Ampel“ kennenlernen, Umgang mit Warnsignalen

Während die indikative Gruppe lief, wurde parallel in den einzels psychotherapeutischen Gesprächen ebenfalls Burnout mit folgenden Bereichen thematisiert: Werdegang, Einstellungen und Leistungsmotive, Warnsignale und Rückfallprophylaxe.

8 Methoden

8.1 Studiendesign

Über die ambulante Nachsorge bei der Therapie des Burnouts, den Einsatz von SMS-Nachrichten zur Nachsorge sowie den Zusammenhang zwischen Burnout und Perfektionismus liegen bislang keine bzw. nur sehr wenige Erkenntnisse vor. Die vorliegende Studie erhebt diesbezüglich empirische Daten, die zur weiteren Konzeptentwicklung und Bildung von Hypothesen beitragen sollen. In diesem Sinne handelt sich um eine Phase I Studie (Pilotstudie; vgl. Bortz & Döring, 2006). In der Tabelle 5 sind die Phasen der Psychotherapieprüfung in Analogie zur Pharmaprüfung dargestellt (nach Jacobi, 2011, S. 614). Hierbei handelt es sich um eine hierarchische Abfolge der Phasen der Wirksamkeitsüberprüfung, die nacheinander durchlaufen werden.

Tabelle 5: Phasen der Psychotherapieprüfung in Analogie zur Pharmaprüfung

Phase	Inhaltlicher Schwerpunkt	Art der Studien
Phase I	Konzeptentwicklung	Explizierung theoretischer Annahmen Analogstudien Kasuistiken Manualentwicklung
Phase II	Exploration mit (nicht kontrollierten) Pilot-Studien	Verlaufsbeschreibende Einzelfallstudien Prä-Post-Analysen in verschiedenen Populationen Offene Studien Durchführbarkeitsstudien Prozess-Outcome-Studien
Phase III	Wirksamkeitsprüfung	Wirksamkeitsstudien (randomized controlled trials) Experimentelle Einzelfallstudien
Phase IV	Anwendung unter Routinebedingungen klinische Nützlichkeit	Nicht randomisierte Effektivitätsstudien Erweiterte Einschlusskriterien Zunehmend naturalistische Bedingungen Anwendungsbeobachtungen

Das Studiendesign der vorliegenden Interventionsstudie ist eine prospektive randomisierte kontrollierte Verlaufsstudie (vgl. Bortz & Döring, 2006) mit vier Messzeitpunkten (t1 bis t4): bis 5 Tage nach Aufnahme (t1), bei Entlassung (bis 3 Tage vor Entlassung, t2), nach sechs Wochen (t3) sowie nach 10 Wochen (t4) (Abbildung 4). Die Studienteilnehmer wurden randomisiert einer von zwei Bedingungen zugeteilt:

- Routinemäßige Behandlung (Kontrollgruppe)
- Routinemäßige Behandlung und nach der Entlassung sechs Wochen individualisierte SMS (Versuchsgruppe)



Abbildung 4: Studiendesign

Die Untersuchung wurde in der Zeit vom Mai 2013 bis April 2014 in der Schön Klinik Bad Arolsen (Fachklinik für Psychosomatik) durchgeführt, die ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungskonzept verfolgt. Die Anzahl der aufgestellten Betten der Klinik beträgt im Jahresdurchschnitt 255 Betten. Die durchschnittliche Behandlungsdauer in der Klinik beträgt 42 Tage. Die psychotherapeutische Behandlung der Versuchs- und Kontrollgruppe wurde von Diplom-Psychologen in Ausbildung bzw. approbierten Psychotherapeuten unter Supervision des Autors der vorliegenden Studie durchgeführt, die SMS-Nachbetreuung vom Autor selbst durchgeführt.

Als randomisierte kontrollierte Verlaufsstudie erfüllt die vorliegende Studie wesentliche Kriterien einer Phase III Studie (Wirksamkeitsstudie) (vgl. Metzler & Krause, 1997). Da die Untersuchung im Rahmen der Routineversorgung unter weitgehend naturalistischen Bedingungen durchgeführt wird, ist auch ein Merkmal der Phase IV der Psychotherapieprüfung (Anwendung unter Routinebedingungen) erfüllt (vgl. Tabelle 5).

Das Forschungsvorhaben wurde von der Ethikkommission des Fachbereichs 8 der Universität Koblenz-Landau genehmigt.

8.1.1 Ein- und Ausschlusskriterien

In die Studie wurden Frauen und Männer ab 18 Jahren eingeschlossen, die eine stationäre psychosomatische Behandlung in der Schönklinik Bad Arolsen durchführten und die Diagnose Z73.0 (Ausgebranntsein, Burnout, Zustand der totalen Erschöpfung) erhielten. Voraussetzung für die Teilnahme an der Untersuchung waren zudem hinreichend gute deutsche Sprachkenntnisse, das Vorliegen einer schriftlichen Einverständniserklärung und der Besitz eines Handys.

Als Ausschlusskriterien galten Nichtvorhandensein eines Handys, nicht ausreichende Deutschkenntnisse, organische Hirnerkrankung, schwere somatische Krankheiten und/oder schwere kognitive Einschränkungen (erfasst über medizinische Erstaufnahme).

8.2 Durchführung der Studie

Bei Aufnahme in die Klinik wurde den Patienten die Teilnahme an der Studie vorgeschlagen. Bei grundsätzlichem Interesse erfolgte ein vertiefendes Gespräch, das die Patienten ausführlich über die Ziele und den Ablauf der Studie informierte. Hierbei wurden die Patienten davon in Kenntnis gesetzt, dass die Zuteilung zu einer der beiden Studienbedingungen (mit/ohne SMS zur Nachsorge) zufällig erfolgt. Anschließend wurde den Patienten Informationsmaterial zur Studie (Anhang 12.1) und eine Einverständniserklärung (Anhang 12.2) ausgehändigt. Patienten, die sämtliche Einschlusskriterien sowie keine der Ausschlusskriterien erfüllten, wurden in die Studie aufgenommen.

Die Studienteilnehmer wurden randomisiert (Anmeldetag in der Indikativgruppe Burnout gerade vs. ungerade) der Versuchs- und Kontrollgruppe zugeteilt. Sie durchliefen entweder die routinemäßige Behandlung der Schön Klinik Bad Arolsen (Kontrollgruppe) oder die routinemäßige Behandlung und eine individualisierte SMS-Nachsorge im Anschluss an die Entlassung (Versuchsgruppe). Kurz vor ihrer Entlassung aus der Klinik wurden die Patienten, die in die Studie aufgenommen worden waren, über das Ergebnis der Randomisierung informiert.

Direkt im Anschluss an die Entlassung aus der stationären Behandlung erhielten alle Teilnehmer eine E-Mail zur Begrüßung:

Versuchsgruppe:

„Wir hoffen Sie haben sich gut zuhause eingefunden! Vielen Dank an dieser Stelle auch noch einmal, dass Sie an unserer Studie teilnehmen.“

Ihr SMS-Coaching-Programm wird am Sonntag bzw. Montag starten (falls Sie keine SMS erhalten, geben Sie bitte über diese E-Mailadresse Rückmeldung). Sie werden über sechs Wochen täglich SMS erhalten, wobei die Anzahl kontinuierlich abnehmen wird. Anschließend werden Sie eingeladen, den bereits bekannten Fragebogen auszufüllen. Hierzu erhalten Sie eine gesonderte E-Mail mit dem entsprechenden Link.“

Bzw. Kontrollgruppe:

„Wir hoffen Sie haben sich gut zuhause eingefunden! Vielen Dank an dieser Stelle auch noch einmal, dass Sie an unserer Studie teilnehmen.“

Sie werden nach sechs Wochen eingeladen den bereits bekannten Fragebogen auszufüllen. Hierzu erhalten Sie eine gesonderte E-Mail mit dem entsprechenden Link.“

In der E-Mail zur Einladung zur computergestützten Fragebogenuntersuchung (Messzeitpunkt t3) erhielten die Teilnehmer neben dem Link zum Programm, ihre 9-stellige Patientenummer mitgeteilt, welche zum Einloggen notwendig war, den Bearbeitungszeitraum (fünf Tage) sowie die Information, wann die Abschlussuntersuchung (Messzeitpunkt t4) erfolgt. An diese wurden die Teilnehmer mit einer gesonderten E-Mail erinnert. Lagen fünf Tage nach Versendung der jeweiligen E-Mail noch keine Ergebnisse vor, wurde eine weitere E-Mail zur Erinnerung versandt. War nach sieben weiteren Tagen kein Eingang der Daten zu verzeichnen, wurde der Teilnehmer ausgeschlossen.

Zehn Wochen nach Behandlungsende (t4) fand ein ca. 20-30 Minuten dauerndes strukturiertes Telefoninterview statt.

8.3 Messinstrumente

8.3.1 Maslach Burnout Inventory General Survey (MBI-GS-D)

Maslach und Jackson entwickelten das Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach & Jackson, 1981; Maslach et al., 1996), einen standardisierten Fragebogen, der ein weitverbreitetes Instrument zur Erfassung eines Burnout-Syndroms darstellt. Das Verfahren besteht in seiner ursprünglichen Version aus 22 Items, die drei Subdimensionen des Burnouts erfassen:

- Emotionale Erschöpfung (9 Items),
- Zynismus bzw. Depersonalisation (5 Items),
- Leistungsfähigkeit im Beruf (8 Items).

In der Originalversion wurde jedes Item einmal nach Häufigkeit und ein zweites Mal nach Intensität bewertet. Die Intensitätsskala ist in der zweiten Auflage weggefallen, da beide Antwortformate hoch miteinander korrelieren. Nach den Autoren ist eine Person umso stärker von Burnout betroffen, je höher die Werte in den Skalen *Emotionale Erschöpfung* und *Depersonalisation* und je niedriger die Werte in der Skala *Leistungsfähigkeit im Beruf* sind.

Der MBI weist eine zufriedenstellende Reliabilität und Validität auf (Mäkikangas, Hätinén, Kinnunen & Pekkonen, 2011; Maslach et al., 2001; Schaufeli, Bakker, Schaap, Kladler & Hoogduin, 2001). Weltweit gilt der MBI als Goldstandard für die Burnout-Diagnose (Kaschka et al., 2011; Korczak et al., 2010; Zaudig, Berberich & Konermann, 2012) und wird in ca. 90 % der veröffentlichten empirischen Studien zur Erfassung von Burnout verwendet (Burisch, 2014).

Eine deutsche Übersetzung des MBI wurde z. B. von Büssing und Perrar (MBI-D; 1992) sowie von Enzmann und Kleiber (1989) vorgenommen. Der MBI liegt mittlerweile in drei Versionen vor:

- MBI-HSS (Human Services Survey) für Probanden, die mit Menschen arbeiten, z. B. Ärzte und Pflegepersonal
- MBI-ES (Educators Survey) für Probanden, die im Bildungsbereich tätig sind, z. B. Lehrer
- MBI-GS (General Survey) ohne spezifische berufliche Zielgruppe

In der vorliegenden Untersuchung wurde die 16 Items umfassende Version des MBI-General Survey (MBI-GS) verwendet (Anhang 12.5). Diese stammt im Original von Schaufeli, Leiter, Maslach und Jackson (1996) und liegt in einer deutschen Übersetzung (MBI-GS-D) vor (Cillien, Fischbach, Mörsdorf, Scherp & Schaufeli, 2006). Die Items werden auf einer 7-stufigen Likert-Skala von 1 = „nie“ bis 7 = „jeden Tag“ beantwortet. Zur Auswertung werden für jede der drei Burnout-Dimensionen Mittelwerte über die zur jeweiligen Skala zugehörigen Items gebildet.

Das MBI-GS wurde mit dem Ziel konzipiert, der Kritik an dem MBI zu begegnen, der MBI fokussiere ausschließlich auf Dienstleistungs- und Helferberufe (vgl. Leiter & Schaufeli, 1996; Schutte, Toppinen, Kalimo & Schaufeli, 2000). Die 16 Items des MBI-GS beziehen sich auf die interaktive Arbeitstätigkeit als solche und nicht, wie das MBI, auf interpersonale Beziehungen.

Die Skala *Emotionale Erschöpfung* erfasst mit fünf Items, inwieweit sich die Person durch ihre Arbeit erschöpft und ausgelaugt fühlt (Itembeispiel: „*Am Ende eines Arbeitstages fühle ich mich verbraucht*“). Hohe Werte stehen für eine hoch ausgeprägte emotionale Erschöpfung.

Die Skala *Zynismus* beinhaltet fünf Items (Itembeispiel: „*Ich bin zynischer geworden und frage mich, ob meine Arbeit etwas bringt*“). Im Gegensatz zur Depersonalisationsskala des MBI-D (Büssing & Perrar, 1992), die eine zynische und distanzierte Einstellung gegenüber Menschen misst, erfasst die Skala *Zynismus* des MBI-GS zynische und distanzierte Einstellung gegenüber der Arbeitstätigkeit als solcher. Damit versuchen die Autoren des MBI-GS, die ausschließliche Fokussierung auf Dienstleistungs- und Helferberufe zu vermeiden. Hohe Werte auf dieser Skala weisen auf eine hoch ausgeprägte zynische Haltung gegenüber der Arbeit hin.

Die Skala *Berufliche Effektivität* umfasst sechs Items, die sich auf das Gefühl der Kompetenz sowie der erfolgreichen Aufgabenausführung beziehen (Itembeispiel: „*Ich bin mir sicher, dass ich meine Arbeit effektiv ausführe*.“). Hohe Werte auf dieser Skala stehen für effektive Leistungserfüllung.

Die Reliabilitäten (Cronbachs Alpha) der englischen Originalversion des MBI-GS liegen zwischen $\alpha = .87$ und $\alpha = .90$ für die Skala Emotionale Erschöpfung, zwischen $\alpha = .74$ und $\alpha = .80$ für die Skala Zynismus und zwischen $\alpha = .70$ und $\alpha = .77$ für die Skala Berufliche Effektivität (Leiter & Schaufeli, 1996). Insgesamt kann die Reliabilität des Verfahrens damit als gut bis sehr gut eingeschätzt werden (Schaufeli et al., 1996).

Das MBI-GS wurde in verschiedenen Berufsgruppen und Ländern validiert (Chirkowska-Smolak & Kleka, 2011; Kitaoka-Higashiguchi, Nakagawa, Morikawa, Ishizaki, Miura, Naruse, Kido & Higashiyama, 2004; Kitaoka-Higashiguchi, Ogino & Masuda, 2004; Langballe, Falkum, Innstrand & Aasland, 2006; Leiter & Schaufeli, 1996; Mäkikangas et al., 2011; Roelofs, Verbraak, Keijsers, de Bruin & Schmidt, 2005; Schutte et al., 2000; Storm &

Rothmann, 2003). Damit kann insbesondere die faktorielle Validität des Verfahrens als gegeben angenommen werden.

Obwohl das MBI nach Ansicht vieler Burnout-Forscher als das bislang beste Verfahren zur Quantifizierung des Burnout-Syndroms angesehen (Hajek, 1986) und in der Forschung häufig eingesetzt wird (vgl. Walter et al., 2012), weist es einige methodische Mängel auf. So fehlen bislang eine Außenvalidierung des Instruments (Korczak & Huber, 2012). Auch von Buessing und Perrar (1992) wird der MBI-D in der vorliegenden Fassung als nicht ausgereift angesehen. Für einen gezielten Einsatz bedürfte es nach Meinung der Autoren einer Normierung der MBI-D-Skalen sowie weitere Kenntnisse hinsichtlich der differenziellen und prädiktiven Validität des Fragebogens.

Da für den MBI noch keine empirisch begründeten Cut-off Werte für das Vorhandensein eines Burnout-Syndroms vorliegen, ist die Validität des MBI für die klinische Diagnose eines Burnout als nicht ausreichend anzusehen (Korczak et al., 2010). Das Ziel des MBI kann daher nicht die Diagnose eines Burnout sein, sondern nur die Erfassung des subjektiven Ausmaßes der Beschwerden.

8.3.2 Beck-Depressions-Inventar-V (BDI-V)

Zur Erfassung einer depressiven Symptomatik wurde das Beck-Depressions-Inventar-V (BDI-V) (Schmitt & Maes, 2000) herangezogen, das eine Überarbeitung des Depressionsinventars von Beck darstellt (Anhang 12.6). Dieses gehört zu den weltweit am häufigsten verwendeten Fragebogen zur Erfassung einer depressiven Symptomatik. In der aktuellen Originalversion des BDI (Beck & Steer, 1987) und der deutschsprachigen Übersetzung von Hautzinger, Bailer, Worall und Keller (1994) werden 21 Symptome der klinischen Depression abgefragt. Die Intensitätsskalierung geschieht in Form von vier Aussagen zunehmender Schwierigkeit je Symptom. Die psychometrischen Eigenschaften des BDI sind gut untersucht (Richter, Werner & Bastine, 1994; Röhrle, 1988). Demnach ist die Reliabilität des BDI als hoch zu bewerten, die Validität gilt als belegt (Richter, 1991).

Da die Schwierigkeitsskalierung durch vier Items je Symptom unökonomisch ist, wurde von Schmitt und Maes (2000) eine Vereinfachung der Skalierung vorgeschlagen. Hierzu wurde die Zahl der Items pro Symptom verringert. Die 21 Symptome wurden bis auf den Gewichtsverlust, der die geringste Trennschärfe besitzt (Hautzinger et al., 1994; Kammer, 1983), beibehalten und jeweils durch eine Aussage operationalisiert. Dies entspricht einer Kürzung von 84 auf 20 Items.

Die Symptomstärke wird über das Antwortformat skaliert. Verwendet wird eine sechsstufige Häufigkeitsskala mit numerischer Stufenverankerung und zusätzlicher sprachlicher Verankerung der Extremwerte (0/nie-1-2-3-4-5/fast immer). Itemzahl und Antwortskala ergeben einen möglichen Wertebereich von 0 bis 100. Die Items werden mit „*Wie ist Ihr gegenwärtiges Lebensgefühl?*“ überschrieben und durch folgende Instruktion eingeleitet: „*In diesem Fragebogen geht es um Ihr gegenwärtiges Lebensgefühl. Bitte geben Sie zu jeder Frage an, wie häufig Sie die genannte Stimmung oder Sichtweise erleben.*“

Die psychometrischen Eigenschaften des BDI-V wurden an einer Stichprobe von 2500 Probanden untersucht (Schmitt & Maes, 2000). Die Reliabilität (interne Konsistenz) der Skala beträgt $\alpha = .90$. Korrelationen des BDI-V mit anderen Indikatoren des Wohlbefindens, mit der objektiven und subjektiven Qualität der eigenen beruflichen Situation, mit dem Glauben an eine gerechte und eine ungerechte Welt, mit Kontrollierbarkeitsüberzeugungen und mit Einschätzungen der beruflichen Lebensqualität in Deutschland sprechen für eine gute Konstruktvalidität. In einer weiteren Studie konnten die guten psychometrischen Eigenschaften des BDI-V bestätigt werden (Schmitt, Beckmann, Dusi, Maes, Schiller & Schonauer, 2003).

Zusammenfassend betrachtet steht mit dem vereinfachten und daher ökonomischerem BDI-V ein Instrument zur Verfügung, das gleich gute Messeigenschaften aufweist wie das Original. Zudem liegen deutsche Normwerte vor (Schmitt, Altstötter-Gleich, Hinz, Maes & Brähler, 2006).

8.3.3 Perfektionismusfragebogen

Zur Erfassung des Perfektionismus wurde auf Skalen der am häufigsten eingesetzten Perfektionismusmessinstrumente zurückgegriffen (vgl. Altstötter-Gleich, 2014a). Die Auswahl der zu messenden Facetten wurde an die Perfektionismuskonzeption von Stoeber und Otto (2006) angelehnt. Um die Teilnehmer nicht durch die Anzahl der Items zu überfordern, wurden in den Fragebogen die jeweils sechs trennschärfsten Items (maximal) einer Skala aufgenommen.

Der Perfektionismusfragebogen umfasst sechs Skalen mit insgesamt 37 Items, die aus vier Fragebögen entnommen wurden (Anhang 12.7). Entgegen den Skalierungen in den englischsprachigen Originalversionen wurden alle Skalen mit einer 6-stufigen Likert Skalierung versehen. Der Wertebereich reicht von 1 = „trifft gar nicht zu“ bis 6 = „trifft sehr zu“. Diese Veränderung in den deutschsprachigen Versionen wurde vorgenommen, da Studien zeigen, dass die mittlere Kategorie eines Antwortformats schlechte psychometrische Eigenschaften

aufweist (Altstötter-Gleich, 2014a). Der Perfektionismusfragebogen enthält Items aus folgenden Instrumenten:

8.3.3.1 Multidimensional Perfectionism Scale (FMPS)

Frost et al. (1990) entwickelten die *Multidimensional Perfectionism Scale* (FMPS) zur Erfassung funktionaler und dysfunktionaler Facetten des Perfektionismus sowie der Wahrnehmung des elterlichen Erziehungsstils. Der weitverbreitete Fragebogen enthält sechs Subskalen mit insgesamt 35 Items, die zum Teil auf früheren eindimensionalen Ansätzen basieren (Burns, 1980b; Garner, 1991; Rachman & Hodgson, 1980). Die Items können auf einer Skala von „1“ = „trifft überhaupt nicht zu“ bis „5“ = „trifft ganz genau zu“ beantwortet werden. Der Fragebogen umfasst die folgenden sechs Skalen:

- Personal Standards (Hohe Standards; 7 Items)
- Organization (Organisiertheit; 6 Items)
- Concern over Mistakes (Fehlersensibilität; 9 Items),
- Doubts about Actions (Leistungsbezogene Zweifel; 4 Items)
- Parental Expectations (Erwartungen der Eltern; 5 Items)
- Parental Criticism (Kritik durch Eltern; 4 Items).

Faktoranalytische Untersuchungen konnten die sechs Dimensionen des FMPS bestätigen (Frost et al., 1990; Parker & Adkins, 1995; Rheaume, Freeston, Dugas, Letarte & Ladouceur, 1995).

Frost (1990) berichtet interne Konsistenzen der Skalen von $\alpha = .77$ bis $\alpha = .93$. Alle Subskalen bis auf die Skala *Organisiertheit* können zu einem Gesamtscore zusammengefasst werden.

Eine deutschsprachige Version der FMPS liegt von Altstötter-Gleich und Bergemann (2006) vor. Untersuchungen zur faktoriellen Validität konnten die 6-faktorielle Struktur des Verfahrens bestätigen. Die Reliabilität der Skalen liegt zwischen $\alpha = .70$ bis $\alpha = .90$ und ist als befriedigend bis gut anzusehen. Es liegen Hinweise für die Konstrukt- und Kriteriumsvalidität sowie die inkrementelle Validität des Verfahrens vor (Altstötter-Gleich, 2014a; Altstötter-Gleich & Bergemann, 2006). Insgesamt kommen die Autoren zu dem Schluss, dass die deutschsprachige Übersetzung der Mehrdimensionalen Perfektionismus Skala von Frost et al.

(1990) zufriedenstellende psychometrische Eigenschaften aufweist (Altstötter-Gleich & Bergemann, 2006).

Für die vorliegende Untersuchung wurden jeweils 6 Items der Skalen *Personal Standards* (Persönliche Standards) und *Concern over Mistakes* (Fehlersensibilität) und 4 Items der Skala *Doubts about Actions* (Leistungsbezogene Zweifel) herangezogen.

Personal Standards

- *Es ist wichtig für mich, bei allem was ich tue, äußerst kompetent zu sein.*
- *Wenn ich für mich selbst nicht die höchsten Maßstäbe setze, besteht die Gefahr, dass ich zweitklassig werde.*
- *Andere Menschen scheinen für sich niedrigere Maßstäbe zu akzeptieren als ich das tue.*
- *Ich habe sehr hochgesteckte Ziele.*
- *Ich erwartete bei meinen täglichen Aufgaben höhere Leistungen als die meisten anderen Menschen.*
- *Ich setze mir höhere Ziele als die meisten Menschen.*

Concern over Mistakes

- *Wenn ich bei der Arbeit bzw. in der Schule versage, bin ich als Mensch ein Versager.*
- *Es regt mich auf, wenn ich einen Fehler mache.*
- *Wenn ich nicht jederzeit mein Bestes leiste, respektieren mich die Menschen nicht.*
- *Ich hasse es, wenn ich nicht der/die Beste bin in dem, was ich tue.*
- *Wenn ich nur zum Teil versage ist das genauso schlecht, als wenn ich im Ganzen versagt hätte.*
- *Wahrscheinlich schätzen mich Personen weniger, wenn ich einen Fehler mache.*

Doubts about Actions

- *Es dauert sehr lange bis ich etwas richtig gemacht habe.*
- *Auch wenn ich etwas sehr sorgfältig mache, habe ich oft das Gefühl, dass es nicht ganz richtig ist.*
- *Ich zweifle üblicherweise an den einfachen, alltäglichen Dingen.*
- *Ich neige dazu, mit meiner Arbeit hinterher zu hinken, weil ich alles nochmal und nochmal mache.*

8.3.3.2 Multidimensional Perfectionism Scale (HMPS)

Die *Multidimensional Perfectionism Scale* (HMPS) wurde von Hewitt, Flett, Turnbull-Donovan und Mikail (1991) entwickelt. Grundlage der Fragebogenentwicklung ist ein multidimensionales Perfektionismuskonzept, das sowohl soziale als auch Persönlichkeitsaspekte beinhaltet. Das Instrument umfasst 45 Items auf drei Subskalen mit jeweils 15 Items (Hewitt et al., 1991):

- Self-Oriented Perfectionism (selbstorientierter Perfektionismus)
- Other-Oriented Perfectionism (an anderen orientierter Perfektionismus)
- Socially Prescribed Perfectionism (gesellschaftlich vorgegebener Perfektionismus).

Für die Reliabilität der Skalen (Interne Konsistenz) berichten die Autoren Werte von $\alpha = .82$ bis $\alpha = .87$. Die postulierten drei Dimensionen des HMPS konnten von den Autoren faktorenanalytisch bestätigt werden. Darüber hinaus fanden sie empirische Belege für die diskriminante und konvergente Validität des Verfahrens (Altstötter-Gleich, 2014a; Hewitt & Flett, 1991; Hewitt et al., 1991).

Eine unveröffentlichte Übersetzung des Fragebogens ins Deutsche liegt von Altstötter-Gleich vor. In die vorliegende Studie wurden 6 Items der Skala *Socially Prescribed Perfectionism* (gesellschaftlich vorgegebener Perfektionismus) des HMPS einbezogen:

- *Die Menschen um mich herum erwarten von mir, dass ich bei allem, was ich tue Erfolg habe.*

- *Auch wenn sie es nicht zeigen, verärgert es andere Menschen, wenn mir ein Fehler unterläuft.*
- *Ich finde es schwer, die Erwartungen, die andere an mich stellen, zu erfüllen.*
- *Andere erwarten von mir mehr als ich in der Lage bin zu geben.*
- *Ich habe das Gefühl, dass andere zu viel von mir fordern.*
- *Von den Menschen um mich herum wird alles, was ich nicht exzellent mache, als schlechte Arbeit angesehen.*

8.3.3.3 Almost Perfect Scale (APS-R)

Slaney und Johnson (1992) entwickelten die Almost Perfect Scale (APS) zur Erfassung von Perfektionismus. Die APS ist ein multidimensionaler Fragebogen, der neben dysfunktionalen auch funktionale Aspekte von Perfektionismus erfasst. Grundlage der Fragebogenkonstruktion waren Interviews mit amerikanischen Studenten. Eine revidierte Version des (APS-R) mit 23 Items legten Slaney et al. (2001) vor. Faktorenanalytisch konnten drei Skalen extrahiert werden:

- Discrepancy (Diskrepanzen)
- High Standards (Hohe Standards)
- Order (Ordnung)

Die Skala *Discrepancy* erfasst die Diskrepanz, die Menschen zwischen ihren Ansprüchen und ihrer aktuellen Leistung wahrnehmen. Die Skala *High Standards* erfasst ähnliche Facetten des Perfektionismus wie die Skala *Personal Standards* des FMPS von Frost et al. (1990). Die Skala *Order* misst einen mit der Skala *Organization* des FMPS vergleichbaren Aspekt von Perfektionismus.

Das Verfahren besitzt gute psychometrische Eigenschaften (Übersicht in Slaney et al., 2002). Die Testautoren berichten eine interne Konsistenz der Skalen von $\alpha = .82$ bis $\alpha = .92$ (Slaney et al., 2001). Die Validität des Verfahren konnte in mehreren Studien belegt werden (z. B. Altstötter-Gleich, 2014a; Diamantopoulou & Platsidou, 2014; Nakano, 2009; Vandiver & Worrell, 2002).

Die APS-R wurde von Altstötter-Gleich und Bergemann ins Deutsche übersetzt und liegt als unveröffentlichte autorisierte Version vor. In die vorliegende Studie wurden jeweils 6 Items der Skalen *High Standards* (Hohe Standards) und *Discrepancy* (Diskrepanzen) der APS-R einbezogen:

High Standards

- *Ich habe ein starkes Bedürfnis danach, ausgezeichnete Leistungen zu erbringen.*
- *Wenn man keine hohen Ansprüche an sich selbst stellt, wird man nie Erfolg haben.*
- *Ich habe hohe Ansprüche an meine Leistungen bei der Arbeit oder in der Schule.*
- *Ich habe hohe Erwartungen an mich.*
- *Ich erwarte, dass ich immer das Beste gebe.*
- *Ich versuche, mein Bestes zu geben, bei allem, was ich tue.*

Discrepancy

- *Ich bin nie zufrieden, auch wenn ich weiß, dass ich mein Bestes gegeben habe.*
- *Ich bin nach vollbrachter Leistung oft enttäuscht, weil ich weiß, dass ich es hätte besser machen können.*
- *Ich bin oft frustriert, weil ich meine Ziele nicht erreichen kann.*
- *Ich bin mit dem, was ich erreicht habe, nie zufrieden.*
- *Auch meine besten Leistungen erscheinen mir nie gut genug.*
- *Meine Leistungen genügen selten meinen Ansprüchen.*

8.3.3.4 Performance Perfectionism Scale (PPS)

Die Performance Perfectionism Scale (PPS) wurde von Chang (2006) entwickelt. Der Fragebogen erfasst sowohl funktionale (adaptive) als auch dysfunktionale (maladaptive) Aspekte des Perfektionismus. Der Fragebogen beinhaltet 32 Items auf vier Skalen mit jeweils 8 Items:

- Positive Self-Oriented Performance Perfectionism
- Negative Self-Oriented Performance Perfectionism
- Positive Socially Prescribed Performance Perfectionism
- Negative Socially Prescribed Performance Perfectionism

Für die Reliabilität der Skalen (interne Konsistenz) berichtet Chang (2006) Werte von $\alpha = .84$ bis $.87$. Die vom Autor postulierten vier Dimensionen des Verfahrens konnten faktorenanalytisch bestätigt werden (Konstruktvalidität) (Chang, 2006).

Eine unveröffentlichte Übersetzung des Fragebogens ins Deutsche liegt von Altstötter-Gleich vor. In den für die Untersuchung eingesetzten Perfektionismusfragebogen wurden 3 Items der Skala *Positive Self-oriented Performance Perfectionism* (positiver auf das selbst bezogener Leistungsperfektionismus) einbezogen.

Positive Self-oriented Performance Perfectionism

- *Hohe Ansprüche an meine Leistungen ermöglichen es mir sehr effektiv zu sein.*
- *Aufgrund der hohen Standards, die ich an das anlege, was ich tue, habe ich bereits vieles erreicht.*
- *Ich bin immer dann am besten, wenn ich auch viel von mir verlange.*

8.3.3.5 Summenskalen dysfunktionaler und funktionaler Perfektionismus

Um den Einfluss der Intervention auf dysfunktionale und funktionale Anteile des Perfektionismus über alle eingesetzten Perfektionismusskalen zu messen wurden Summenskalen gebildet. Die Skalen *Doubts about Actions* (FMPS), *Concern over Mistakes* (FMPS), *Discrepancy* (APS-R) und *Socially Prescribed Perfectionism* (HMPS) wurden zu der Skala *Dysfunktionaler Perfektionismus* zusammengefasst. Analog wurden die Skalen *High Standards* und *Positive Self-oriented Performance Perfectionism* zu der Skala *Funktionaler Perfektionismus* zusammengefasst. Zur Mittelwertberechnung für die Subskalen des Perfektionismus wurde der jeweilige Summenwert durch die Anzahl der aufsummierten Itemwerte dividiert.

8.3.4 Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte konsekutiv. In der Versuchs- und Kontrollgruppe durchliefen die Teilnehmer zeitnah zu Beginn der stationären Aufnahme (bis 5 Tage nach Aufnahme, t1), bei Entlassung (bis 3 Tage vor Entlassung, t2), nach sechs Wochen (t3) sowie nach weiteren 4 Wochen (t4) eine computergestützte Fragebogenuntersuchung. Die Datenerhebung erfolgte mithilfe der Programme *Inquisit* v3.0.6.0 (Millisecond LLC, 2012) (t1 und t2) bzw. *SoSci Survey* (SoSci Survey GmbH 2006-2014) (t3 und t4). Eine Aufteilung auf zwei Programme zur Datenerfassung ergab sich aus der Notwendigkeit heraus, eine bestmögliche Kompatibilität für unterschiedliche Betriebssysteme bzw. Browser der Teilnehmer im Rahmen der nachstationären computergestützten Fragebogenuntersuchung zu gewährleisten. *Inquisit* erwies sich in der Probephase als inkompatibel mit MacOS.

8.3.5 Telefoninterview

Zehn Wochen nach Behandlungsende fand ein ca. 20-30 Minuten dauerndes strukturiertes Telefoninterview statt (Interviewleitfaden siehe Anhang 12.9). Neben der Rückmeldung der psychometrischen Testergebnisse (Auswertungsbogen siehe Anhang 12.8) wurden demografische Daten sowie Informationen zur beruflichen Eingliederung, psychotherapeutischen Nachsorge, Handynutzung sowie dem subjektiven Nutzen der SMS-Nachsorge und Verbesserungsvorschläge erhoben.

Im Einzelnen wurden dabei die folgenden Informationen erhoben:

- Anzahl Tage Arbeitsunfähigkeit
- Berufliche Wiedereingliederung
- Aktuelle wöchentliche Arbeitszeit
- Angestrebte wöchentliche Arbeitszeit
- Psychotherapeutische nachstationäre Behandlung
- Einnahme von Antidepressiva
- Urlaubstage seit Entlassung aus der Klinik
- Aktuell ausgeübter Beruf
- Schulabschluss
- Gegenwärtige Wohnsituation

Für Patienten aus der Versuchsgruppe wurden zusätzlich folgende Informationen erfragt:

- Prozentsatz zeitnah gelesener SMS
- Anzahl täglicher Handygespräche
- Anzahl täglich erhaltener SMS
- Anzahl täglich versendeter SMS
- Subjektive Einschätzung des Nutzens der SMS-Nachsorge
- Verbesserungsvorschläge

8.4 Auswertung

Für die deskriptive Beschreibung der kontinuierlichen Daten werden Mittelwerte und Standardabweichungen getrennt für die Versuchs- und Kontrollgruppe dargestellt. Bei kategorialen Merkmalen erfolgt für beide Gruppen die Darstellung der Häufigkeitsverteilungen. Häufigkeitsunterschiede wurden mit dem χ^2 -Test auf Signifikanz geprüft.

Die Hypothesen der Studie über die Wirksamkeit der SMS-Nachsorge bei Burnout-Patienten wurden mit drei zweifaktoriellen Kovarianzanalysen mit Messwiederholung auf einem Faktor (GLM) überprüft (vgl. Bortz, 2005; Diehl & Staufenbiel, 2007). Die Faktoren (unabhängige Variablen) bildeten die Gruppenzugehörigkeit (Kontrollgruppe, Versuchsgruppe) und der Messzeitpunkt (t2, t3, t4).

Bei Veränderungsmessungen kann davon ausgegangen werden, dass die Höhe des Ausgangswerts (Messzeitpunkt t1) einer Variablen einen Einfluss auf das Ausmaß der Veränderung dieser Variable hat (vgl. Amelang, Schmidt-Atzert, Fydrich, Moosburger & Zielinski, 2006; Bortz & Döring, 2006). In einem ersten Schritt wurde daher mit ANOVAs untersucht, inwieweit sich die Versuchs- und Kontrollgruppe zum Zeitpunkt der Baselineerhebung (Aufnahme; t1) signifikant unterschieden.

Zur statistischen Kontrolle des Ausgangswerts wurde der Baselinewert (t1) als Kovariate in die zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung einbezogen (vgl. Bortz, 2005; Diehl & Staufenbiel, 2007). Für signifikante Interaktionen wurden einfaktorielle Varianzanalysen (ANOVA) als post hoc Test berechnet. In diesem Fall wurde das Signifikanzniveau nach Bonferroni korrigiert ($\alpha' = \alpha / \text{Anzahl der Tests}$). Eine signifikante Interaktion Gruppe * Zeit und signifikante Gruppenunterschiede bzgl. *Erschöpfung*, *Zynismus*, *berufliche Leistungsfähigkeit* (MBI-GS-D) und *Depressivität* (BDI-V) sowie dysfunktionalen Perfektionismus (*Concern over Mistakes*, *Doubts about Actions*, *Discrepancy* und *Socially Prescribed*

Perfectionism) zu den Messzeitpunkten t3 und t4 wurden als Behandlungseffekte im Sinne der Hypothesen interpretiert.

Die Voraussetzungen der Varianzanalyse wurden mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test (Normalverteilung) und dem Levene-Test (Varianzhomogenität) überprüft. Bei einem signifikanten Mauchly-Test auf Sphärizität wurde eine Ergebniskorrektur nach Greenhouse-Geisser (Adjustierung der Freiheitsgrade) durchgeführt (vgl. Rasch, Frieze, Hofmann & Naumann, 2006).

Zur Bestimmung des Signifikanzniveaus für die inferenzstatistischen Analysen (zweiseitige Fragestellung) wurden gemäß den konventionellen Vereinbarungen Irrtumswahrscheinlichkeiten von $\alpha \leq .001$ als hoch signifikant, $\alpha \leq .01$ als sehr signifikant, $\alpha \leq .05$ als signifikant eingestuft (Kennzeichnung wie folgt: $\alpha \leq .001$ ***, $\alpha \leq .01$ ** , $\alpha \leq .05$ *).

Ein signifikanter Effekt kann so gering sein, dass er theoretisch und praktisch bedeutungslos ist (Schnell, Hill & Esser, 2005). Zur Bewertung der praktischen Relevanz von Mittelwertsunterschieden wurden daher Effektgrößen (Effektstärken) berechnet (vgl. Cohen, 1988), wobei eine hohe Effektgröße als Hinweis auf einen „praktisch“ bedeutsamen Unterschied anzusehen ist. Als Maß der Effektstärke bei Varianzanalysen wird häufig η^2 (η^2) verwendet. Der η^2 -Wert ist ein Maß dafür, wie viel Gesamtvarianz (abhängige Variable) durch den interessierenden Faktor (unabhängige Variable) erklärt wird. In der vorliegenden Studie wurde das partielle η^2 für die Haupteffekte *Zeit* und *Gruppe* sowie die *Interaktion* dargestellt.

Die Bewertung einer Effektstärke ist wesentlich von der jeweiligen Fragestellung abhängig. Liegen keine inhaltlich begründeten Anhaltspunkte für eine Bewertung vor, kann auf die in Tabelle 6 dargestellte Einteilung nach Cohen (1988) Bezug genommen werden:

Tabelle 6: Beurteilung von Effektgrößen Cohens d und η^2

	d	η^2	Erklärte Varianz
kleiner Effekt	.20	.01	1 %
mittlerer Effekt	.50	.06	6 %
großer Effekt	.80	.14	14 %

Die statistische Auswertung erfolgte mit dem Programmpaket IBM SPSS 22.0 für Windows.

8.5 Stichprobenbeschreibung

61 Patienten wurden in die Auswertung einbezogen, davon waren 31 Patienten in der Kontrollgruppe und 30 in der Versuchsgruppe (vgl. Abbildung 5).

Einschlusskriterien erfüllt		
Patienten zur Nachsorge eingeladen	n = 80	
Patienten randomisiert	n = 65	
	Versuchsgruppe	Kontrollgruppe
Patienten Nachsorge	n = 31	n = 34
Patienten Follow-up 1	n = 30	n = 32
Patienten Follow-up 2	n = 30	n = 31
In Auswertung einbezogen	n = 30	n = 31

Abbildung 5: Flowchart Patientenfluss

Die Stichprobe setzte sich aus 30 Männern (49.2 %) und 31 Frauen (50.8 %) zusammen. Das durchschnittliche Alter der Patienten betrug 46.25 Jahre (SD = 8.90). Der jüngste Patient war 20 Jahre, der älteste 61 Jahre alt.

Tabelle 7: Schulabschluss

Schulabschluss	n	%
Abitur	29	47.5
Fachabitur	10	16.4
Mittlere Reife	19	31.1
Hauptschule	3	4.9
Gesamt	61	100.0

Der Schulabschluss, ausgeübter Beruf und die Wohnsituation wurden im Rahmen des Telefoninterviews zum Messzeitpunkt t4 (zehn Wochen nach Entlassung) erhoben. Nahezu die Hälfte der Patienten hat das Abitur (47.5 %) und ca. ein Drittel (31.1 %) die Mittlere Reife (Tabelle 7).

In der Tabelle 8 sind die gegenwärtig ausgeübten Berufe entsprechend den in der Literatur beschriebenen, von einem Burnout betroffenen, Berufsgruppen kategorisiert dargestellt (nach Burisch, 2014, S. 23ff).

Tabelle 8: Ausgeübte Berufe nach Berufsgruppen

Kategorie	n	%
Beratung	3	4.9
Dienstleistung	8	13.1
Hoheitsdienste	3	4.9
Medien	1	1.6
Medizinische Versorgung	2	3.3
Nichtmedizinische Versorgung	2	3.3
Pflege	1	1.6
Privatleben	0	0
Rettungspersonal	0	0
Seelsorge	2	3.3
Sozialarbeit im weiteren Sinne	0	0
Unterricht und Lehre	10	16.4
Verwaltung	8	13.1
Wirtschaft	19	31.1
Sonstiges	2	3.3

Nahezu drei Viertel der Patienten (83.6 %) lebten mit einem Partner bzw. in einer Familie (Tabelle 9).

Tabelle 9: Wohnsituation

Wohnsituation	n	%
Allein lebend	10	16.4
Mit Partner/Familie lebend	51	83.6
Gesamt	61	100.0

Die Versuchsgruppe und die Kontrollgruppe unterschieden sich nicht signifikant hinsichtlich des Geschlechts ($\chi^2_{(1)} = 0.160$; $p = .552$), des Alters ($t_{(59)} = 1.736$; $p = .088$), des Schulabschlusses ($\chi^2_{(3)} = 1.632$; $p = .652$) und der Wohnsituation ($\chi^2_{(1)} = 0.955$; $p = 1$).

Tabelle 10: Hauptdiagnosen ICD-10 Kapitel V(F)

Hauptdiagnose		n	%
F32.1	Mittelgradige depressive Episode	33	54.1
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	7	11.5
F33.1	Rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode	13	21.3
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, schwere Episode	6	9.8
F43.2	Anpassungsstörungen	1	1.6
F54	Psychologische Faktoren anderenorts klassifizierter Krankheiten	1	1.6
Gesamt		61	100.0

Mehr als die Hälfte der Patienten (54.1 %) wiesen als Hauptdiagnose eine mittelgradige depressive Episode (F32.1) auf, ca. ein Fünftel (21.3 %) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1). 11.5 % der Patienten hatten eine schwere depressive Episode (F32.2) und 9.8 % eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode (F33.2). Damit wies die große Mehrheit der Patienten (96.8 %) eine depressive Symptomatik als Hauptdiagnose auf. Nur jeweils 1.6 % der Patienten hatten eine Anpassungsstörung (F43.2) bzw. psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (F54) als Hauptdiagnose (Tabelle 10).

Bei allen Patienten (100 %) lag als Nebendiagnose ein Burnout-Syndrom (Z73.0) vor. 42.6 % der Patienten ($n = 26$) wiesen als Nebendiagnose eine weitere psychische Störung auf. Die häufigste Nebendiagnose in diesem Bereich war die sonstige somatoforme Störung (F45.8), die mehr als ein Drittel (34.6 %) der Patienten aufwiesen (Tabelle 11).

Tabelle 11: Erste Nebendiagnose ICD-10 Kapitel V(F)

Nebendiagnose		n	%
F10.1	Alkoholmissbrauch	1	3.8
F32.8	Sonstige depressive Episode	1	3.8
F34.1	Dysthymia	1	3.8

Nebendiagnose		n	%
F40.0	Agoraphobie	1	3.8
F40.2	Spezifische Phobien	1	3.8
F41.0	Panikstörung	3	11.5
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	1	3.8
F43.2	Anpassungsstörungen	1	3.8
F45.1	Undifferenzierte Somatisierungsstörung	2	7.7
F45.2	Hypochondrische Störung	1	3.8
F45.8	Sonstige somatoforme Störungen	9	34.6
F50.1	Atypische Anorexia nervosa	1	3.8
F54	Psychologische Faktoren anderenorts klassifizierter Krankheiten	1	3.8
F60.8	Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen	1	3.8
F90.0	ADHS mit Persistenz im Erwachsenenalter	1	3.8
Gesamt		26	100,0

Nur 3.3 % (n = 2) der Patienten hatten zwei Nebendiagnosen aus dem Bereich psychischer Störungen. Mehr als drei Viertel der Patienten (77 %) litten unter einem Tinnitus (Tabelle 12). Die Versuchsgruppe und die Kontrollgruppe unterschieden sich nicht signifikant hinsichtlich der Hauptdiagnosen ($\chi^2_{(5)} = 2.234$; p = .816) und der Nebendiagnosen ($\chi^2_{(14)} = 17.058$; p = .253) sowie des Vorhandenseins eines Tinnitus ($\chi^2_{(1)} = 0.497$; p = .497).

Tabelle 12: Tinnitus

Tinnitus	n	%
Ja	47	77
Nein	14	23
Gesamt	61	100

9 Ergebnisse

9.1 Inanspruchnahme und Akzeptanz

Insgesamt wurden 80 Patienten zur Studienteilnahme eingeladen, die die Einschlusskriterien erfüllten. Davon nahmen 65 tatsächlich an der Studie teil. 12 Patienten durchliefen nicht alle Sitzungen der indikativen Gruppe Burnout und wurden deshalb nicht in das Nachsorgeprogramm aufgenommen. Lediglich drei Patienten (3.4 %) lehnten die Teilnahme explizit ab, was für ein großes Interesse an der Nachsorgestudie spricht. 61 Teilnehmer nahmen über den gesamten Zeitraum des Programms von zehn Wochen teil. Von drei Teilnehmern aus der Kontrollgruppe und einem Teilnehmer aus der Versuchsgruppe lagen nach je zweimaliger Aufforderung per E-Mail keine Testergebnisse zu t3 bzw. t4 vor, was einer Abbruchrate von 6 % (3 % Versuchsgruppe) entspricht.

Aus dem im Anschluss an die Studie durchgeführten Telefoninterview geht hervor, dass in durchschnittlich 96 % der Fälle die SMS des Nachsorgeprogramms von den Patienten zeitnah gelesen wurde (d.h. innerhalb des Zeitfensters bis zur nächsten SMS). Die Teilnehmer waren angesichts einer durchschnittlichen Handynutzung von ca. 15-mal pro Tag mit dieser Form der Kommunikation vertraut. Auch das Empfangen und Senden von ca. 7 SMS pro Tag bestätigt den routinierten Umgang mit diesem Kommunikationsmedium. In der Tabelle 13 ist die deskriptive Statistik für Parameter der Handynutzung in der Versuchsgruppe dargestellt.

Tabelle 13: Deskriptive Statistiken für Handynutzung

Handynutzung	N	Min	Max	M	SD
Prozent zeitnah gelesener SMS	30	75	100	96.00	6.87
Häufigkeit tägliche Handynutzung	30	2	60	14.83	12.43
Anzahl täglich erhaltener SMS	30	1	30	7.20	6.90
Anzahl täglich verschickter SMS	30	0	30	5.97	6.51

Anmerkungen: Min Minimum. Max Maximum. M Mittelwert. SD Standardabweichung.

Im Mittel telefonierte die Patienten der Versuchsgruppe 14.83 mal am Tag mit dem Handy. Sie erhielten durchschnittlich 7.2 SMS am Tag und verschickten im Durchschnitt 5.97 SMS pro Tag (vgl. Tabelle 13).

Auf einer Skala von 1 „gar nicht hilfreich“ bis 5 „äußerst hilfreich“ schätzten die Patienten die SMS-Nachsorge mit einem durchschnittlichen Score von 4.10 (SD = 0.71) ein. Etwas mehr

als die Hälfte der Patienten (n = 16; 53.33 %) machten einen Verbesserungsvorschlag für die SMS-Nachsorge. Diese sind in der Tabelle 14 aufgeführt.

Tabelle 14: Verbesserungsvorschläge

Verbesserungsvorschläge
Nachrichten als Sprach-SMS senden
Teilnehmer sollte verpflichtet werden, wöchentlich Rückmeldung zu geben
Einschätzung Umsetzungsgrad kontinuierlich erfassen
Zweiten Durchlauf anbieten
Realistische Umsetzbarkeit der SMS im Vorfeld genauer überprüfen
Zeitliche Passung der Inhalte SMS zu Sendezeitpunkt genauer abstimmen
Weniger SMS, dafür kontinuierlich (nicht abnehmend)
Programm erst starten wenn wieder im Beruf
weniger SMS am Anfang, länger senden (mind. 10 Wochen)
Zeitdauer individuell mit Patient festlegen
Zeitraum strecken (ca. 3 Monate)
Software zur selbstständigen Weiterführung zur Verfügung stellen
App zur Verfügung stellen, in der Leitsätze eingegeben werden können
Klingelton an Nachrichten anpassen
SMS anfangs weniger, dann zunehmend, Ausdehnung auf 10 Wochen
Häufiger gleiche SMS, wechselnde Zeitpunkte
Verlängerungsoption anbieten
Durchgängig gleiche Taktung der SMS
Späterer Beginn bzw. längere Laufzeit

Am häufigsten (7 von 19; 36.84 %) machten die Patienten Verbesserungsvorschläge, die sich auf einen späteren Beginn bzw. einen längeren Interventionszeitraum der SMS-Nachsorge bezogen (z. B. zweiten Durchlauf anbieten, länger senden, späterer Beginn bzw. längere Laufzeit).

Insgesamt bestand eine hohe Bereitschaft zur Teilnahme, eine geringe Abbrecherquote und ein hoher von den Teilnehmern bewerteter Nutzen der Nachsorge.

9.2 Wirksamkeit

9.2.1 Baseline

In der Tabelle 15 sind die Mittelwerte und Standardabweichungen für das Maslach Burnout Inventory, den BDI sowie die Perfektionismusskalen zum Zeitpunkt der Baselineerhebung (Aufnahme; t1) aufgeführt.

Tabelle 15: Mittelwerte und SD zum Zeitpunkt der Baselineerhebung (t1)

Skala		M	SD	N
Erschöpfung	KG	4.48	1.40	31
	VG	4.83	1.14	30
	Gesamt	4.65	1.28	61
Zynismus	KG	3.30	1.31	31
	VG	3.40	1.65	30
	Gesamt	3.35	1.47	61
Berufliche Leistungsfähigkeit	KG	4.37	0.89	31
	VG	3.88	1.32	30
	Gesamt	4.13	1.14	61
Depression	KG	43.48	16.72	31
	VG	49.37	14.39	30
	Gesamt	46.38	15.77	61
Concern over Mistakes	KG	3.32	1.18	31
	VG	3.83	0.85	30
	Gesamt	3.57	1.05	61
Doubts about Actions	KG	3.00	1.09	31
	VG	3.66	1.09	30
	Gesamt	3.33	1.13	61
Discrepancy	KG	3.13	1.19	31
	VG	4.06	1.09	30
	Gesamt	3.59	1.22	61
Socially Prescribed Perfectionism	KG	3.47	1.02	31
	VG	3.97	0.89	30
	Gesamt	3.71	0.98	61

Skala			M	SD	N
Dysfunktionaler Perfektionismus		KG	3.23	1.00	31
		VG	3.88	0.87	30
		Gesamt	3.55	0.99	61
High Standards		KG	4.92	0.65	31
		VG	5.03	0.47	30
		Gesamt	4.98	0.57	61
Positive Self-Oriented Perfectionism		KG	4.14	0.97	31
		VG	4.12	0.79	30
		Gesamt	4.13	0.88	61
Funktionaler Perfektionismus		KG	2.27	0.34	31
		VG	2.29	0.21	30
		Gesamt	2.28	0.28	61

Anmerkungen: KG Kontrollgruppe. VG Versuchsgruppe. M Mittelwert. SD Standardabweichung.

Aus der Tabelle 15 ist ersichtlich, dass die Kontrollgruppe in der überwiegenden Mehrzahl der erhobenen Daten geringere Ausgangswerte aufwies, als die Versuchsgruppe. Ausnahmen bildeten die Skalen Berufliche Leistungsfähigkeit (Polung der Skala beachten) sowie Positive Self-Oriented Perfectionism.

Mithilfe von ANOVAs wurde überprüft, ob die Mittelwertsunterschiede zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe zum Zeitpunkt der Baselineerhebung Signifikanz erreichten.

Tabelle 16: ANOVAs zum Zeitpunkt der Baselineerhebung (t1)

Skala	F ₍₁₎	p
Erschöpfung	1.135	.291
Zynismus	0.074	.787
Berufliche Leistungsfähigkeit	2.806	.099
Depression	2.163	.147
Concern over Mistakes	3.853	.054
Doubts about Actions	5.451	.023
Discrepancy	10.109	.002
Socially Prescribed Perfectionism	4.144	.046
Dysfunktionaler Perfektionismus ¹	7.268	.009

Skala	F ₍₁₎	p
High Standards	0.562	.457
Positive Self-Oriented Perfectionism	0.006	.938
Funktionaler Perfektionismus ¹	0.099	.754

Anmerkungen: ¹ Summenskala. p Signifikanz.

Aus der Tabelle 16 ist ersichtlich, dass sich trotz der Randomisierung die Versuchs- und Kontrollgruppe zum Zeitpunkt t1 (Aufnahme) hinsichtlich der Perfektionismusskalen *Doubts about Actions*, *Discrepancy*, *Socially Prescribed Perfectionism* sowie der Summenskala *Dysfunktionaler Perfektionismus* signifikant unterschieden, für die Skala *Concern over Mistakes* wurde die Signifikanz knapp verfehlt ($p = .054$). Dabei wies die Versuchsgruppe höhere Werte auf als die Kontrollgruppe (Tabelle 15).

9.2.2 Maslach Burnout Inventory General Survey (MBI-GS-D)

9.2.2.1 Erschöpfung

Die Mittelwerte und Standardabweichungen der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe für die Skala *Erschöpfung* des Maslach Burnout Inventory sind in der Tabelle 17 im zeitlichen Verlauf dargestellt.

Tabelle 17: Mittelwerte und SD MBI-GS-D Erschöpfung

	M	SD	N
t1	Kontrollgruppe	4.47	31
	Versuchsgruppe	4.82	30
	Gesamt	4.64	61
t2	Kontrollgruppe	3.52	31
	Versuchsgruppe	3.42	30
	Gesamt	3.47	61
t3	Kontrollgruppe	3.32	31
	Versuchsgruppe	3.12	30
	Gesamt	3.22	61

		M	SD	N
	Kontrollgruppe	3.56	1.55	31
t4	Versuchsgruppe	3.24	1.53	30
	Gesamt	3.40	1.54	61

Anmerkungen: M Mittelwert. SD Standardabweichung.

In der Abbildung 6 sind die Mittelwerte der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe im zeitlichen Verlauf grafisch dargestellt.

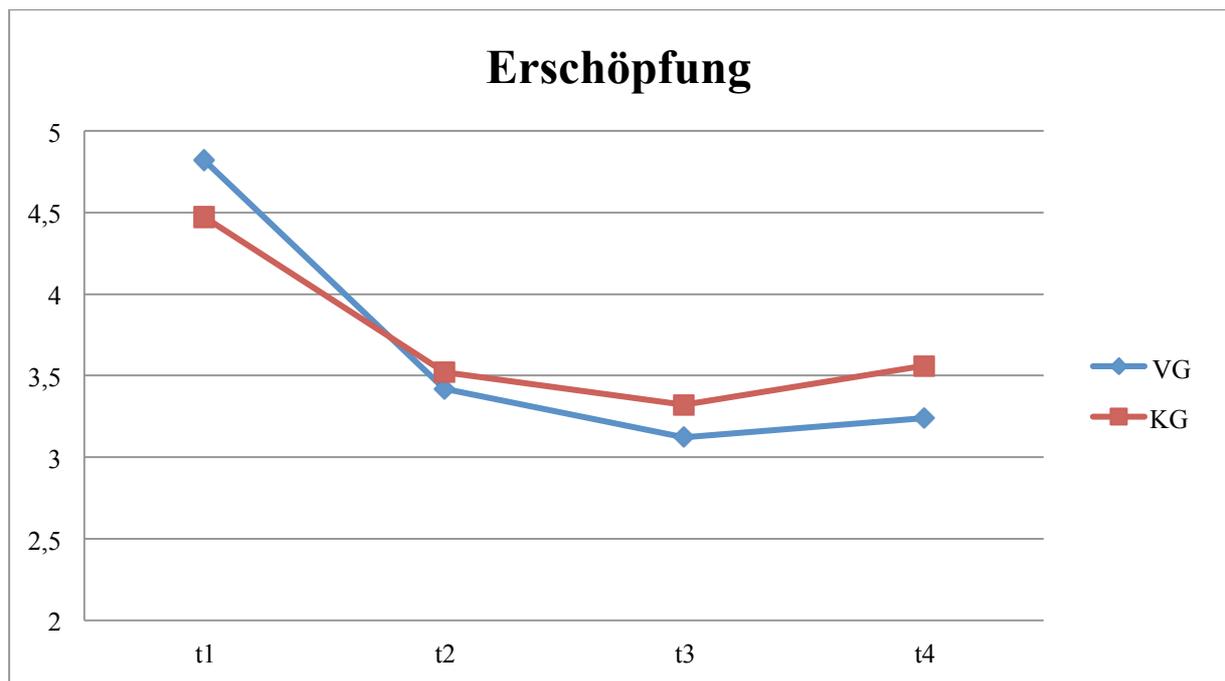


Abbildung 6: Mittelwertsverlauf MBI-GS-D Erschöpfung

Aus der Abbildung 6 ist ersichtlich, dass die Versuchsgruppe und die Kontrollgruppe einen ähnlichen Verlauf der Mittelwerte zeigten. Zum Zeitpunkt der Aufnahme (t1) wies die Versuchsgruppe eine höhere Erschöpfung auf als die Kontrollgruppe. Bei Entlassung (t2) zeigte sich im Vergleich zur Aufnahme (t1) eine Reduktion der Erschöpfung. Diese reduzierte sich sechs Wochen nach der Entlassung (t3) weiter, um nach zehn Wochen (t4) wieder leicht anzusteigen.

In der Tabelle 18 sind die Ergebnisse der zweifaktoriellen Kovarianzanalyse mit Messwiederholungsfaktor dargestellt.

Tabelle 18: Kovarianzanalyse für MBI-GS-D Erschöpfung

Gruppe			Zeit			Interaktion			Kovariate	
F ₍₁₎	p	η ²	F ₍₂₎	p	η ²	F ₍₂₎	p	η ²	F ₍₁₎	p
2.908	.093	.048	0.443	.643	.008	0.205	.773	.004	45.364	.000

Anmerkungen: p Signifikanz. η² Effektstärke. Kovariate Baseline.

Für die Skala *Erschöpfung* des MBI-GS-D zeigte sich kein signifikanter Gruppeneffekt ($\eta^2 = .048$), kein signifikanter Zeiteffekt ($\eta^2 = .008$) und keine signifikante Interaktion ($\eta^2 = .004$). Die Kovariate Baseline war hoch signifikant.

9.2.2.2 Zynismus

Die Mittelwerte und Standardabweichungen der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe für die Skala *Zynismus* des Maslach Burnout Inventory sind in der Tabelle 19 dargestellt.

Tabelle 19: Mittelwerte und SD MBI-GS-D Zynismus

		M	SD	N
t1	Kontrollgruppe	3.30	1.31	31
	Versuchsgruppe	3.40	1.65	30
	Gesamt	3.35	1.47	61
t2	Kontrollgruppe	2.90	1.45	31
	Versuchsgruppe	2.87	1.43	30
	Gesamt	2.89	1.43	61
t3	Kontrollgruppe	2.57	1.42	31
	Versuchsgruppe	2.73	1.56	30
	Gesamt	2.65	1.48	61
t4	Kontrollgruppe	3.17	1.55	31
	Versuchsgruppe	2.73	1.77	30
	Gesamt	2.95	1.66	61

Anmerkungen: M Mittelwert. SD Standardabweichung.

In der Abbildung 7 sind die Mittelwerte der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe im zeitlichen Verlauf grafisch dargestellt.

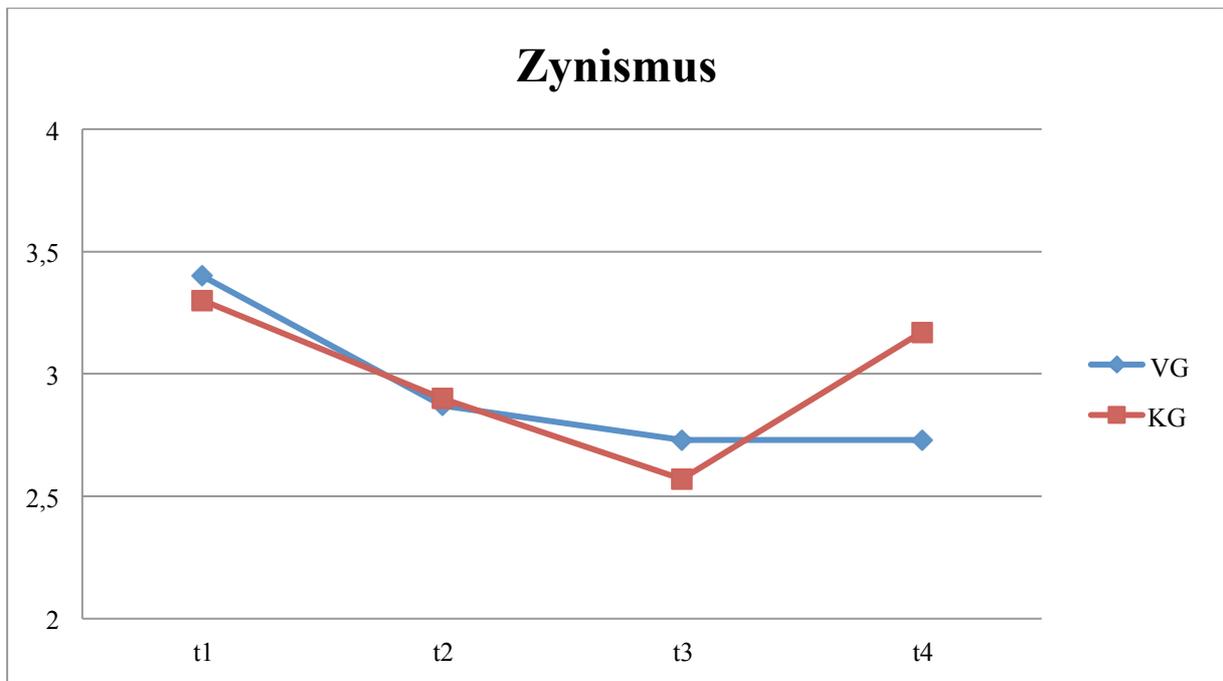


Abbildung 7: Mittelwertsverlauf MBI-GS-D Zynismus

Aus der Abbildung 7 ist ersichtlich, dass die Versuchsgruppe und die Kontrollgruppe bis zum Messzeitpunkt t3 (sechs Wochen nach Entlassung) einen ähnlichen Verlauf der Mittelwerte zeigten. Bei der Aufnahme (t1) wies die Versuchsgruppe einen höheren *Zynismus* auf als die Kontrollgruppe. Zum Zeitpunkt der Entlassung (t2) zeigte sich im Vergleich zur Aufnahme (t1) eine Reduktion des *Zynismus*. Dieser reduzierte sich sechs Wochen nach der Entlassung (t3) weiter. In der Kontrollgruppe stieg das Ausmaß des *Zynismus* zum Messzeitpunkt t4 (zehn Wochen nach Entlassung) an, während dieser in der Versuchsgruppe konstant blieb.

In der Tabelle 20 sind die Ergebnisse der zweifaktoriellen Kovarianzanalyse mit Messwiederholungsfaktor dargestellt.

Tabelle 20: Kovarianzanalyse für MBI-GS-D Zynismus

Gruppe			Zeit			Interaktion			Kovariate	
F ₍₁₎	p	η ²	F ₍₂₎	p	η ²	F ₍₂₎	p	η ²	F ₍₁₎	p
0.460	.500	.008	0.622	.530	.011	1.917	.154	.032	58.176	.000

Anmerkungen: p Signifikanz. η² Effektstärke. Kovariate Baseline.

Für die Skala *Zynismus* des MBI-GS-D zeigte sich kein signifikanter Gruppeneffekt ($\eta^2 = .008$), kein signifikanter Zeiteffekt ($\eta^2 = .011$) und keine signifikante Interaktion. 3.2 % der Varianz wurde durch die Interaktion erklärt. Die Kovariate Baseline war hoch signifikant.

9.2.2.3 Berufliche Leistungsfähigkeit

Die Mittelwerte und Standardabweichungen der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe für die Skala *Berufliche Leistungsfähigkeit* des Maslach Burnout Inventory sind in der Tabelle 21 im zeitlichen Verlauf dargestellt.

Tabelle 21: Mittelwerte und SD MBI-GS-D Berufliche Leistungsfähigkeit

		M	SD	N
t1	Kontrollgruppe	4.37	0.89	31
	Versuchsgruppe	3.88	1.32	30
	Gesamt	4.13	1.14	61
t2	Kontrollgruppe	4.48	1.07	31
	Versuchsgruppe	4.29	1.10	30
	Gesamt	4.39	1.08	61
t3	Kontrollgruppe	4.55	1.09	31
	Versuchsgruppe	4.40	0.95	30
	Gesamt	4.48	1.02	61
t4	Kontrollgruppe	4.43	0.89	31
	Versuchsgruppe	4.34	1.13	30
	Gesamt	4.39	1.01	61

Anmerkungen: M Mittelwert. SD Standardabweichung.

In der Abbildung 8 sind die Mittelwerte der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe im zeitlichen Verlauf grafisch dargestellt. Aus der Abbildung ist ersichtlich, dass die Versuchsgruppe und die Kontrollgruppe einen ähnlichen Verlauf der Mittelwerte zeigten, wobei die Kontrollgruppe über alle Messzeitpunkte einen höheren Mittelwert aufwies. Zum Zeitpunkt der Aufnahme (t1) zeigte die Versuchsgruppe eine geringere berufliche Leistungsfähigkeit als die Kontrollgruppe. Zur Entlassung (t2) stieg die berufliche Leistungsfähigkeit an, in der Versuchsgruppe stärker als in der Kontrollgruppe. Sechs Wochen nach der Entlassung (t3) zeigte sich in beiden Gruppen ein weiterer Anstieg, während die berufliche Leistungsfähigkeit zum Zeitpunkt t4 (zehn Wochen nach Entlassung) in beiden Gruppen wieder abfiel. Zehn

Wochen nach Entlassung hatte sich die berufliche Leistungsfähigkeit der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe angenähert.

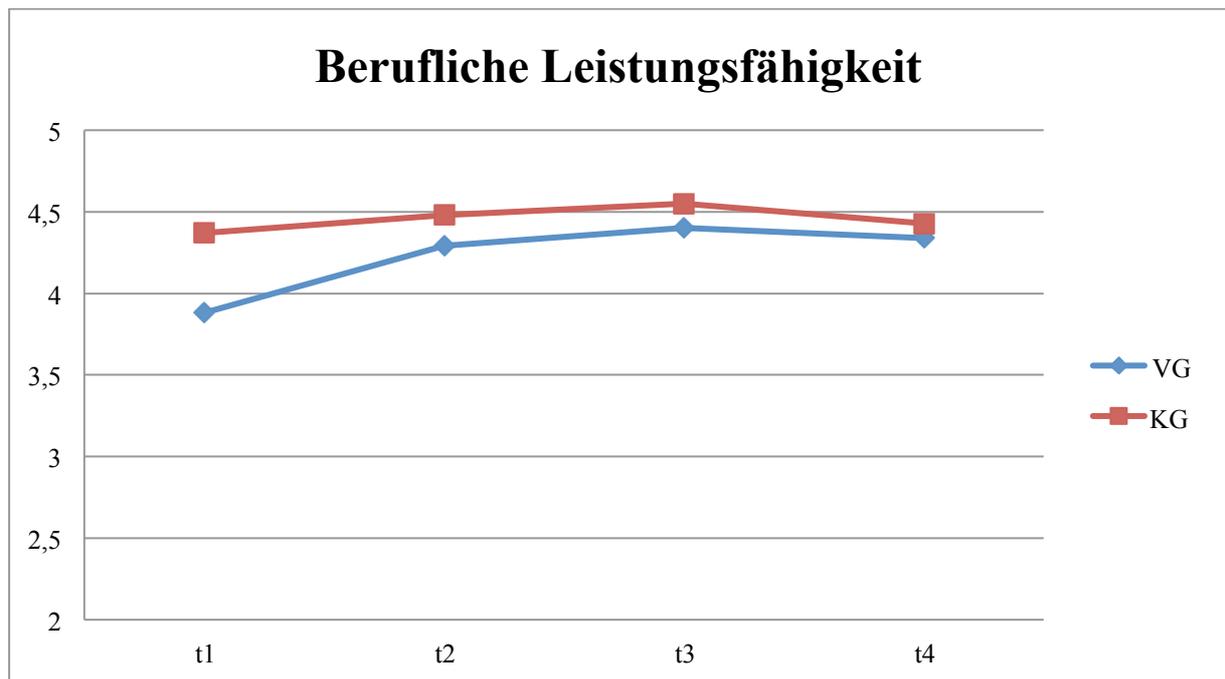


Abbildung 8: Mittelwertsverlauf MBI-GS-D Berufliche Leistungsfähigkeit

In der Tabelle 22 sind die Ergebnisse der zweifaktoriellen Kovarianzanalyse mit Messwiederholungsfaktor dargestellt.

Tabelle 22: Kovarianzanalyse für MBI-GS-D Berufliche Leistungsfähigkeit

Gruppe			Zeit			Interaktion			Kovariate	
$F_{(1)}$	p	η^2	$F_{(2)}$	p	η^2	$F_{(2)}$	p	η^2	$F_{(1)}$	p
0.575	.451	.010	2.201	.118	.037	0.091	.905	.002	51.042	.000

Anmerkungen: p Signifikanz. η^2 Effektstärke. Kovariate Baseline.

Für die Skala *Berufliche Leistungsfähigkeit* des MBI-GS-D zeige sich kein signifikanter Gruppeneffekt ($\eta^2 = .010$), kein signifikanter Zeiteffekt ($\eta^2 = .037$) und keine signifikante Interaktion ($\eta^2 = .002$). Die Kovariate Baseline war hoch signifikant.

9.2.2.4 Zusammenfassung

In der Tabelle 23 sind die Ergebnisse der Kovarianzanalysen für die Skalen des für MBI-GS-D zusammengefasst dargestellt.

Tabelle 23: Zusammenfassung Kovarianzanalysen für MBI-GS-D

Skala	Gruppe		Zeit		Interaktion	
	p	η^2	p	η^2	p	η^2
Erschöpfung	.093	.048	.643	.008	.773	.004
Zynismus	.500	.008	.530	.011	.154	.032
Berufliche Leistungsfähigkeit	.451	.010	.118	.037	.905	.002

Anmerkungen: p Signifikanz. η^2 Effektstärke. Kovariate Baseline.

Für die drei Skalen *Erschöpfung*, *Zynismus* und *Berufliche Leistungsfähigkeit* des Maslach Burnout Inventory General Survey zeigten sich keine signifikanten Interaktionen.

9.2.3 Beck-Depressions-Inventar-V (BDI-V)

Die Mittelwerte und Standardabweichungen der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe für das Beck-Depressions-Inventar-V sind in der Tabelle 24 im zeitlichen Verlauf dargestellt.

Tabelle 24: Mittelwerte und SD Beck-Depressions-Inventar-V (BDI-V)

		M	SD	N
t1	Kontrollgruppe	43.48	16.71	31
	Versuchsgruppe	49.37	14.38	30
	Gesamt	46.38	15.76	61
t2	Kontrollgruppe	27.32	13.63	31
	Versuchsgruppe	31.97	15.10	30
	Gesamt	29.61	14.44	61
t3	Kontrollgruppe	28.26	17.00	31
	Versuchsgruppe	31.97	15.76	30
	Gesamt	30.08	16.37	61

		M	SD	N
	Kontrollgruppe	32.23	19.27	31
t4	Versuchsgruppe	35.30	20.58	30
	Gesamt	33.74	19.82	61

Anmerkungen: M Mittelwert. SD Standardabweichung.

In der Abbildung 9 sind die Mittelwerte der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe im zeitlichen Verlauf grafisch dargestellt. Aus der Abbildung 9 ist ersichtlich, dass die Versuchsgruppe und die Kontrollgruppe einen nahezu parallelen Verlauf der Mittelwerte zeigten, wobei die Versuchsgruppe durchgängig höhere Depressivitätswerte aufwies als die Kontrollgruppe. Zum Zeitpunkt der Entlassung (t2) zeigte sich im Vergleich zur Aufnahme (t1) eine Reduktion der Depressivität. Diese stieg sechs Wochen nach der Entlassung (t3) in der Kontrollgruppe wieder an, während die Versuchsgruppe einen konstanten Depressivitätsmittelwert aufwies. Zum Messzeitpunkt t4 (zehn Wochen nach Entlassung) stiegen die Depressivitätswerte in beiden Gruppen wieder leicht an.

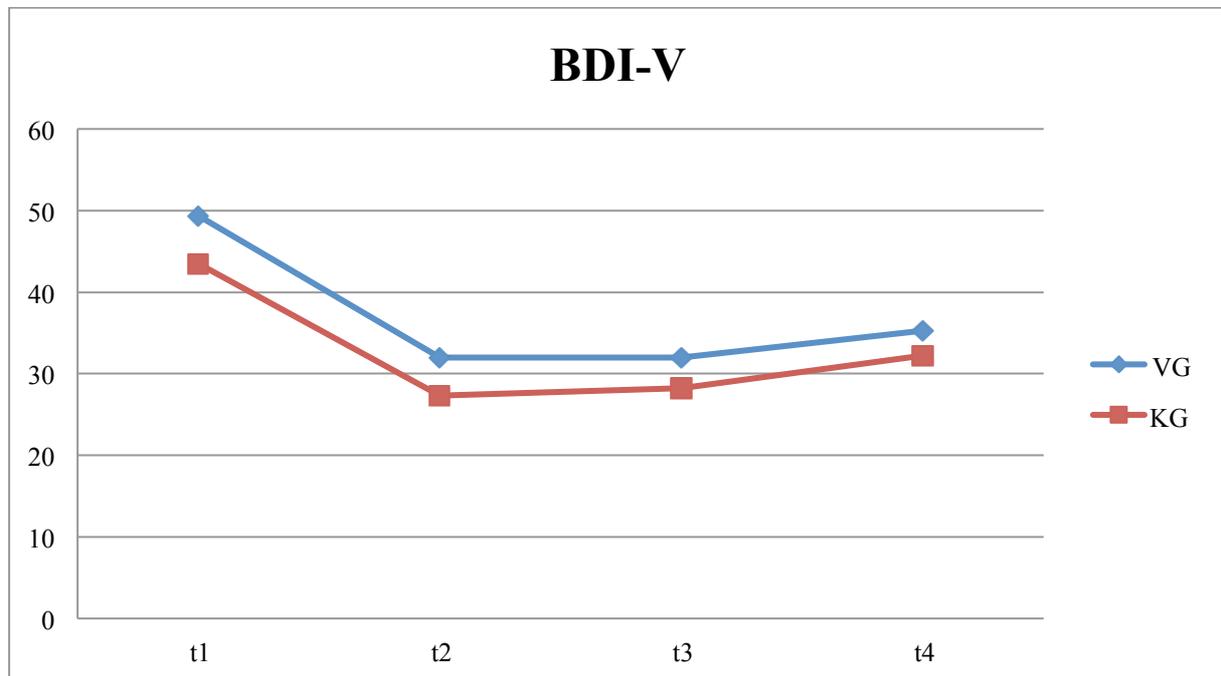


Abbildung 9: Mittelwertsverlauf BDI-V

In der Tabelle 25 sind die Ergebnisse der zweifaktoriellen Kovarianzanalyse dargestellt.

Tabelle 25: Kovarianzanalyse für BDI-V

Gruppe		Zeit			Interaktion			Kovariate		
F(1)	p	η^2	F(2)	p	η^2	F(2)	p	η^2	F(1)	p
0.004	.953	.000	0.782	.437	.013	0.384	.639	.007	52.046	.000

Anmerkungen: p Signifikanz. η^2 Effektstärke. Kovariate Baseline.

Für das BDI-V zeigte sich kein signifikanter Gruppeneffekt ($\eta^2 = .000$), kein signifikanter Zeiteffekt ($\eta^2 = .013$) und keine signifikante Interaktion ($\eta^2 = .007$). Die Kovariate Baseline war hoch signifikant.

9.2.4 Perfektionismus

9.2.4.1 Dysfunktionaler Perfektionismus

9.2.4.1.1 Concern over Mistakes (FMPS)

Die Mittelwerte und Standardabweichungen der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe für die Skala *Concern over Mistakes* des FMPS sind in der Tabelle 26 im zeitlichen Verlauf dargestellt.

Tabelle 26: Mittelwerte und SD Concern over Mistakes (FMPS)

		M	SD	N
t1	Kontrollgruppe	3.32	1.18	31
	Versuchsgruppe	3.83	0.85	30
	Gesamt	3.57	1.05	61
t2	Kontrollgruppe	2.71	1.10	31
	Versuchsgruppe	3.34	1.22	30
	Gesamt	3.02	1.19	61
t3	Kontrollgruppe	2.87	1.18	31
	Versuchsgruppe	3.13	0.81	30
	Gesamt	3.00	1.01	61

		M	SD	N
	Kontrollgruppe	2.93	1.13	31
t4	Versuchsgruppe	3.14	0.98	30
	Gesamt	3.04	1.06	61

Anmerkungen: M Mittelwert. SD Standardabweichung.

In der Abbildung 10 sind die Mittelwerte der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe im zeitlichen Verlauf grafisch dargestellt.

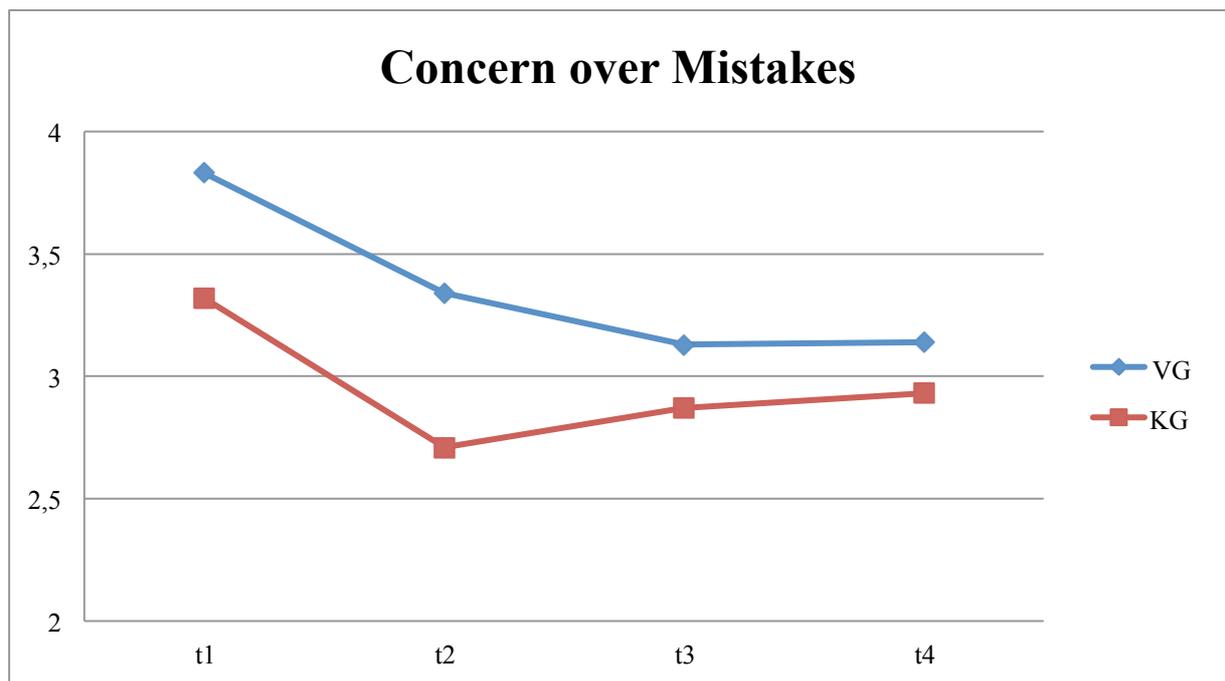


Abbildung 10: Mittelwertsverlauf Concern over Mistakes (FMPS)

Aus der Abbildung 10 ist ersichtlich, dass die Versuchsgruppe durchgängig höhere Mittelwertwerte aufwies als die Kontrollgruppe. Bei der Entlassung (t2) zeigte sich für beide Gruppen eine Reduktion des *Concern over Mistakes*. Dieser reduzierte sich sechs Wochen nach der Entlassung (t3) in der Versuchsgruppe weiter, während er in Kontrollgruppe anstieg. Zum Messzeitpunkt t4 (zehn Wochen nach Entlassung) blieb der Mittelwert in der Versuchsgruppe nahezu konstant, während dieser in der Kontrollgruppe weiter anstieg, sodass sich die Mittelwerte der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe zum Zeitpunkt t4 annäherten.

In der Tabelle 27 sind die Ergebnisse der zweifaktoriellen Kovarianzanalyse mit Messwiederholungsfaktor dargestellt.

Tabelle 27: Kovarianzanalyse für Concern over Mistakes (FMPS)

Gruppe			Zeit			Interaktion			Kovariate	
F ₍₁₎	p	η ²	F ₍₂₎	p	η ²	F ₍₂₎	p	η ²	F ₍₁₎	p
0.013	.911	.000	0.648	.505	.011	2.575	.088	.043	84.690	.000

Anmerkungen: p Signifikanz. η² Effektstärke. Kovariate Baseline.

Für die Skala *Concern over Mistakes* des FMPS zeigte sich kein signifikanter Gruppeneffekt ($\eta^2 = .000$) und kein signifikanter Zeiteffekt ($\eta^2 = .011$) sowie keine signifikante Interaktion. Es wurde 4.3 % der Varianz durch die Interaktion erklärt. Die Kovariate Baseline war hoch signifikant.

9.2.4.1.2 Doubts about Actions (FMPS)

Die Mittelwerte und Standardabweichungen der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe für die Skala *Doubts about Actions* des FMPS sind in der Tabelle 28 im zeitlichen Verlauf dargestellt.

Tabelle 28: Mittelwerte und SD Doubts about Actions (FMPS)

		M	SD	N
t1	Kontrollgruppe	3.00	1.09	31
	Versuchsgruppe	3.66	1.09	30
	Gesamt	3.33	1.13	61
t2	Kontrollgruppe	2.60	1.11	31
	Versuchsgruppe	3.13	1.20	30
	Gesamt	2.86	1.18	61
t3	Kontrollgruppe	2.61	1.18	31
	Versuchsgruppe	2.99	0.90	30
	Gesamt	2.80	1.06	61
t4	Kontrollgruppe	2.77	1.02	31
	Versuchsgruppe	3.08	1.10	30
	Gesamt	2.92	1.06	61

Anmerkungen: M Mittelwert. SD Standardabweichung.

In der Abbildung 11 sind die Mittelwerte der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe im zeitlichen Verlauf grafisch dargestellt.

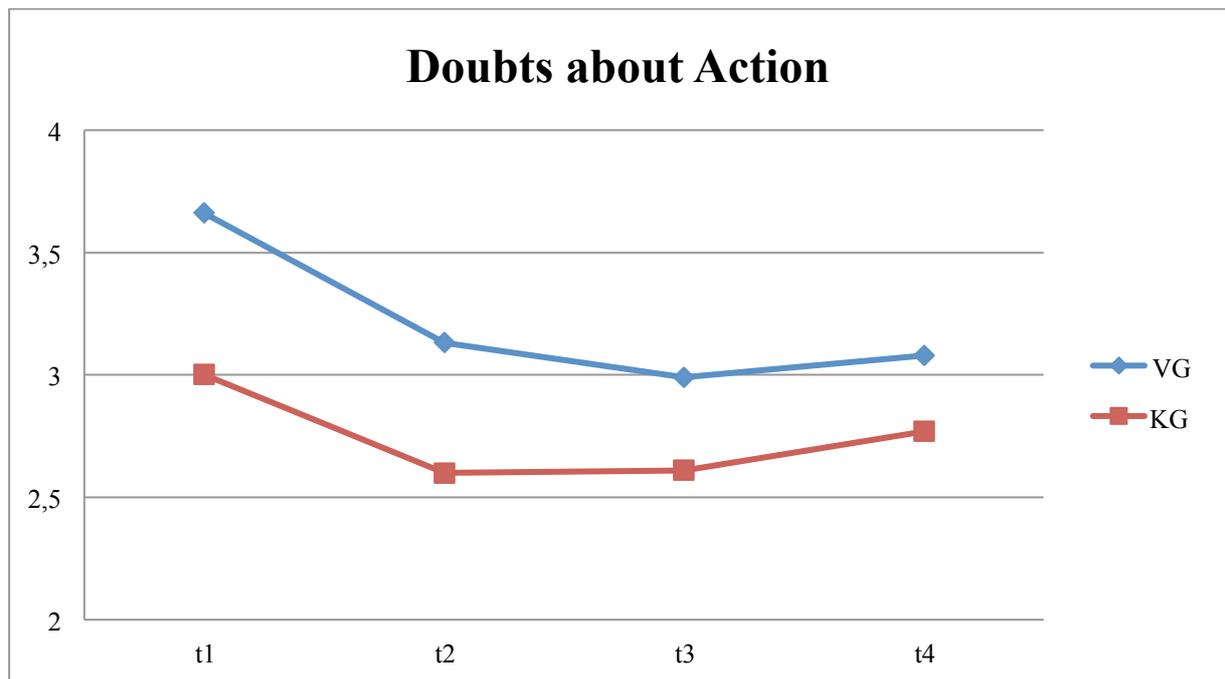


Abbildung 11: Mittelwertsverlauf Doubts about Actions (FMPS)

Aus der Abbildung 11 ist ersichtlich, dass die Versuchsgruppe durchgängig höhere Mittelwerte aufwies als die Kontrollgruppe. Zum Zeitpunkt der Entlassung (t2) zeigte sich für beide Gruppen eine Reduktion des *Doubts about Actions*. Dieser reduzierte sich sechs Wochen nach der Entlassung (t3) in der Versuchsgruppe weiter, während er in Kontrollgruppe nahezu konstant blieb. Zum Messzeitpunkt t4 (zehn Wochen nach Entlassung) stieg der Mittelwert in beiden Gruppen wieder leicht an. Die Mittelwerte der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe näherten sich zum Zeitpunkt t4 an.

Tabelle 29: Kovarianzanalyse für Doubts about Actions (FMPS)

Gruppe			Zeit			Interaktion			Kovariate	
$F_{(1)}$	p	η^2	$F_{(2)}$	p	η^2	$F_{(2)}$	p	η^2	$F_{(1)}$	p
0.096	.757	.002	3.075	.055	.050	0.156	.837	.003	82.679	.000

Anmerkungen: p Signifikanz. η^2 Effektstärke. Kovariate Baseline.

In der Tabelle 29 sind die Ergebnisse der zweifaktoriellen Kovarianzanalyse mit Messwiederholungsfaktor dargestellt. Für die Skala *Doubts about Actions* des FMPS zeigte sich kein signifikanter Gruppeneffekt ($\eta^2 = .002$) und kein signifikanter Zeiteffekt ($\eta^2 = .050$) sowie keine signifikante Interaktion ($\eta^2 = .003$). Die Kovariate Baseline war hoch signifikant.

9.2.4.1.3 Discrepancy (APS-R)

Die Mittelwerte und Standardabweichungen der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe für die Skala *Discrepancy* des APS-R sind in der Tabelle 30 im zeitlichen Verlauf dargestellt.

Tabelle 30: Mittelwerte und SD Discrepancy (APS-R)

		M	SD	N
t1	Kontrollgruppe	3.13	1.19	31
	Versuchsgruppe	4.06	1.09	30
	Gesamt	3.59	1.22	61
t2	Kontrollgruppe	2.61	1.25	31
	Versuchsgruppe	3.38	1.32	30
	Gesamt	2.99	1.33	61
t3	Kontrollgruppe	2.76	1.24	31
	Versuchsgruppe	3.10	0.99	30
	Gesamt	2.93	1.13	61
t4	Kontrollgruppe	2.84	1.11	31
	Versuchsgruppe	3.14	1.32	30
	Gesamt	2.99	1.22	61

Anmerkungen: M Mittelwert. SD Standardabweichung.

In der Abbildung 12 sind die Mittelwerte der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe im zeitlichen Verlauf grafisch dargestellt. Aus der Abbildung 12 ist ersichtlich, dass die Versuchsgruppe durchgängig höhere Mittelwerte aufwies als die Kontrollgruppe. Zum Zeitpunkt der Entlassung (t2) zeigte sich in beiden Gruppen eine Verringerung der *Discrepancy*. Sechs Wochen nach der Entlassung (t3) hatte sich in der Versuchsgruppe der Mittelwert weiter verringert, während in der Kontrollgruppe ein Anstieg erfolgte, sodass sich die Mittelwerte der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe zu diesem Zeitpunkt annäherten. Zum Zeitpunkt t4 (zehn Wochen nach Entlassung) zeigten sich in beiden Gruppen die Mittelwerte nahezu unverändert.

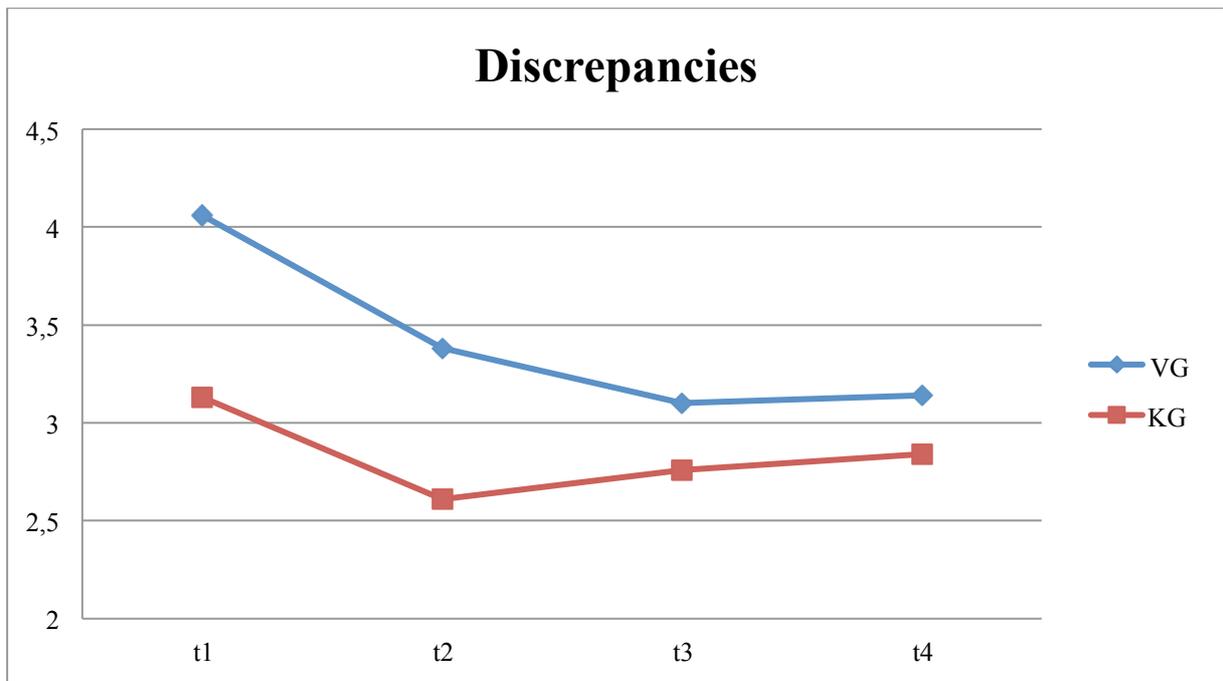


Abbildung 12: Mittelwertsverlauf Discrepancy (APS-R)

In der Tabelle 31 sind die Ergebnisse der zweifaktoriellen Kovarianzanalyse mit Messwiederholungsfaktor dargestellt.

Tabelle 31: Kovarianzanalyse für Discrepancy (APS-R)

Gruppe			Zeit			Interaktion			Kovariate	
F(1)	p	η^2	F(2)	p	η^2	F(2)	p	η^2	F(1)	p
1.103	.298	.019	3.746	.032	.061	0.931	.387	.016	75.747	.000

Anmerkungen: p Signifikanz. η^2 Effektstärke. Kovariate Baseline.

Für die Skala *Discrepancy* des APS-R zeigte sich kein signifikanter Gruppeneffekt ($\eta^2 = .019$) und keine signifikante Interaktion. 1.6 % der Varianz wurde durch die Interaktion erklärt. Es lag ein signifikanter Zeiteffekt vor ($\eta^2 = .032$). Die Kovariate Baseline war hoch signifikant.

9.2.4.1.4 Socially Prescribed Perfectionism (HMPS)

Die Mittelwerte und Standardabweichungen der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe für die Skala *Socially Prescribed Perfectionism* des HMPS sind in der

Tabelle 32 im zeitlichen Verlauf dargestellt.

Tabelle 32: Mittelwerte und SD Socially Prescribed Perfectionism (HMPS)

		M	SD	N
t1	Kontrollgruppe	3.47	1.02	31
	Versuchsgruppe	3.97	0.89	30
	Gesamt	3.71	0.98	61
t2	Kontrollgruppe	2.95	0.85	31
	Versuchsgruppe	3.48	1.10	30
	Gesamt	3.21	1.01	61
t3	Kontrollgruppe	3.18	0.93	31
	Versuchsgruppe	3.28	0.84	30
	Gesamt	3.23	0.88	61
t4	Kontrollgruppe	3.03	0.89	31
	Versuchsgruppe	3.17	0.99	30
	Gesamt	3.10	0.93	61

Anmerkungen: M Mittelwert. SD Standardabweichung.

In der Abbildung 13 sind die Mittelwerte der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe im zeitlichen Verlauf grafisch dargestellt. Aus der Abbildung 13 ist ersichtlich, dass die Versuchsgruppe durchgängig höhere Mittelwerte aufwies als die Kontrollgruppe. Zum Zeitpunkt der Entlassung (t2) zeigten sich in beiden Gruppen eine Verringerung des *Socially Prescribed Perfectionism*. Sechs Wochen nach der Entlassung (t3) hatte sich in der Versuchsgruppe der Mittelwert weiter verringert, während in der Kontrollgruppe ein Anstieg erfolgte, sodass sich die Mittelwerte der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe zu diesem Zeitpunkt annäherten. Zum Zeitpunkt t4 (zehn Wochen nach Entlassung) zeigten sich in beiden Gruppen eine Verringerung der Mittelwerte.

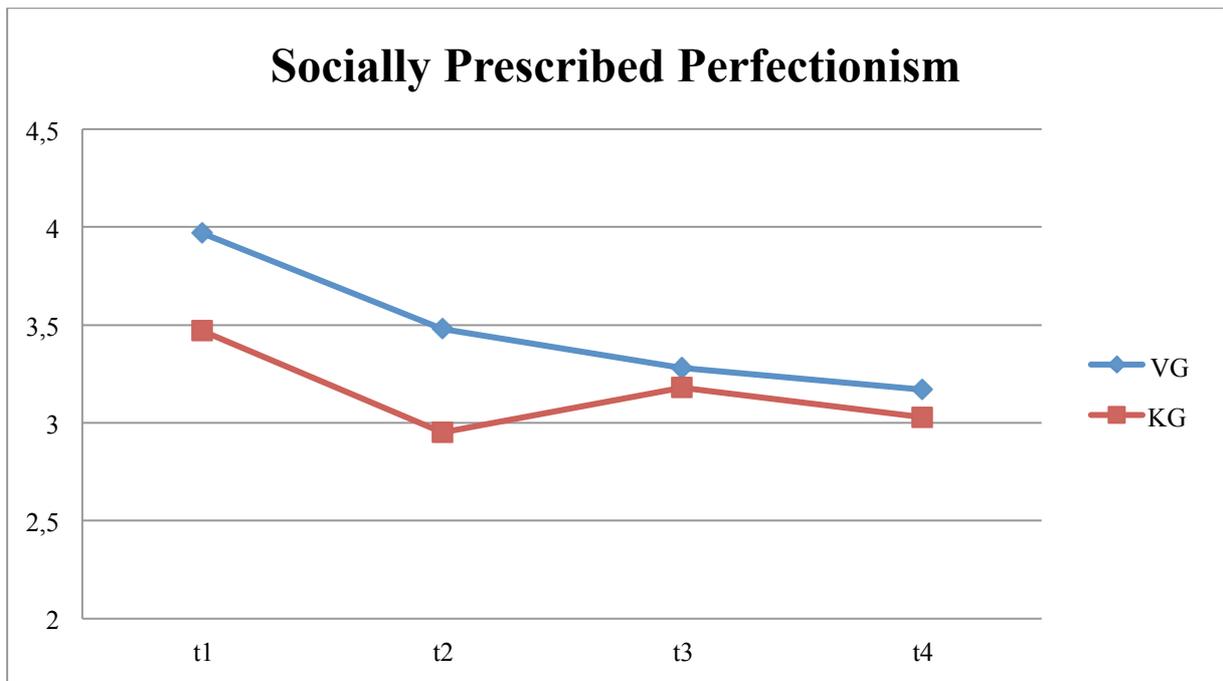


Abbildung 13: Mittelwertsverlauf Socially Prescribed Perfectionism (HMPS)

In der Tabelle 33 sind die Ergebnisse der zweifaktoriellen Kovarianzanalyse mit Messwiederholungsfaktor dargestellt.

Tabelle 33: Kovarianzanalyse für Socially Prescribed Perfectionism (HMPS)

Gruppe		Zeit			Interaktion			Kovariate		
F(1)	p	η^2	F(2)	p	η^2	F(2)	p	η^2	F(1)	p
0.374	.543	.006	1.737	.183	.029	2.607	.083	.043	86.714	.000

Anmerkungen: p Signifikanz. η^2 Effektstärke. Kovariate Baseline.

Für die Skala *Socially Prescribed Perfectionism* des HMPS zeigte sich kein signifikanter Gruppeneffekt ($\eta^2 = .006$), kein signifikanter Zeiteffekt ($\eta^2 = .029$) und keine signifikante Interaktion. Es wurde 4.3 % der Varianz durch die Interaktion erklärt. Die Kovariate Baseline war hoch signifikant.

9.2.4.1.5 Dysfunktionaler Perfektionismus

Für die weitere Auswertung wurden die Skalen *Doubts about Actions* (FMPS), *Concern over Mistakes* (FMPS), *Discrepancy* (APS-R) und *Socially Prescribed Perfectionism* (HMPS) zu

der Skala *Dysfunktionaler Perfektionismus* zusammengefasst. Hierzu wurden die Scores der einzelnen Skalen addiert und die Summe durch die Anzahl der Skalen dividiert.

Die Mittelwerte und Standardabweichungen der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe für die Skala *Dysfunktionaler Perfektionismus* sind in der Tabelle 34 im zeitlichen Verlauf dargestellt.

Tabelle 34: Mittelwerte und SD Dysfunktionaler Perfektionismus

		M	SD	N
t1	Kontrollgruppe	3.23	1.00	31
	Versuchsgruppe	3.88	0.87	30
	Gesamt	3.55	0.99	61
t2	Kontrollgruppe	2.71	1.01	31
	Versuchsgruppe	3.33	1.16	30
	Gesamt	3.02	1.12	61
t3	Kontrollgruppe	2.97	1.00	31
	Versuchsgruppe	3.30	0.78	30
	Gesamt	3.13	0.90	61
t4	Kontrollgruppe	2.89	0.95	31
	Versuchsgruppe	3.13	1.04	30
	Gesamt	3.01	1.00	61

Anmerkungen: M Mittelwert. SD Standardabweichung.

In der Abbildung 14 sind die Mittelwerte der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe im zeitlichen Verlauf grafisch dargestellt. Aus der Abbildung 14 ist ersichtlich, dass die Versuchsgruppe durchgängig höhere Mittelwertewerte aufwies als die Kontrollgruppe. Zum Zeitpunkt der Entlassung (t2) zeigte sich in beiden Gruppen eine Reduktion der Mittelwerte. Sechs Wochen nach der Entlassung (t3) blieb der Mittelwert in der Versuchsgruppe nahezu unverändert, während in der Kontrollgruppe ein leichter Anstieg erfolgte, sodass sich die Mittelwerte der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe zu diesem Zeitpunkt annäherten. Zum Zeitpunkt t4 (zehn Wochen nach Entlassung) zeigten sich in beiden Gruppen die Mittelwerte weiter verringert.

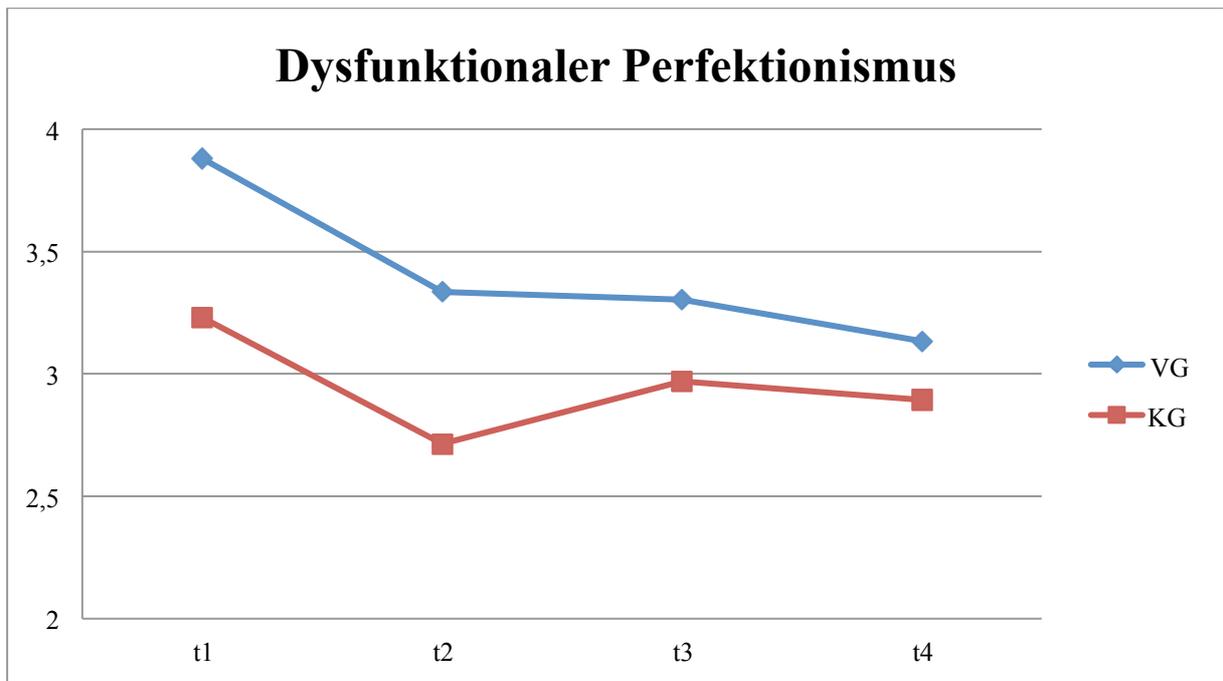


Abbildung 14: Mittelwertsverlauf Dysfunktionaler Perfektionismus

In der Tabelle 35 sind die Ergebnisse der zweifaktoriellen Kovarianzanalyse mit Messwiederholungsfaktor dargestellt.

Tabelle 35: Kovarianzanalyse für Dysfunktionaler Perfektionismus

Gruppe			Zeit			Interaktion			Kovariate	
F(1)	p	η^2	F(2)	p	η^2	F(2)	p	η^2	F(1)	p
0.813	.371	.014	3.359	.044	.055	1.271	.283	.021	120.777	.000

Anmerkungen: p Signifikanz. η^2 Effektstärke. Kovariate Baseline.

Für die Skala *Dysfunktionaler Perfektionismus* zeigte sich kein signifikanter Gruppeneffekt ($\eta^2 = .014$) und keine signifikante Interaktion. 2.1 % der Varianz wurde durch die Interaktion erklärt ($\eta^2 = .021$). Es lag ein signifikanter Zeiteffekt vor ($\eta^2 = .055$). Die Kovariate Baseline war hoch signifikant.

9.2.4.2 Funktionaler Perfektionismus

9.2.4.2.1 High Standards (APS-R)

Die Mittelwerte und Standardabweichungen der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe für die Skala *High Standards* des APS-R sind in der Tabelle 36 im zeitlichen Verlauf dargestellt.

Tabelle 36: Mittelwerte und SD High Standards (APS-R)

		M	SD	N
t1	Kontrollgruppe	4.92	0.65	31
	Versuchsgruppe	5.03	0.47	30
	Gesamt	4.98	0.57	61
t2	Kontrollgruppe	4.54	0.78	31
	Versuchsgruppe	4.39	0.75	30
	Gesamt	4.47	0.76	61
t3	Kontrollgruppe	4.51	0.69	31
	Versuchsgruppe	4.27	0.71	30
	Gesamt	4.39	0.70	61
t4	Kontrollgruppe	4.47	0.82	31
	Versuchsgruppe	4.22	0.76	30
	Gesamt	4.34	0.80	61

Anmerkungen: M Mittelwert. SD Standardabweichung.

In der Abbildung 15 sind die Mittelwerte der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe im zeitlichen Verlauf grafisch dargestellt. Aus der Abbildung ist ersichtlich, dass die Versuchsgruppe und die Kontrollgruppe einen ähnlichen Verlauf der Mittelwerte zeigten. Bei der Aufnahme (t1) wies die Versuchsgruppe einen höheren Skalenwert auf als die Kontrollgruppe. Zum Zeitpunkt der Entlassung (t2) zeigten beide Gruppen eine Reduktion der *High Standards*. Diese fiel für die Versuchsgruppe etwas stärker aus als für die Kontrollgruppe. Die Reduktion der Mittelwerte setzte sich in abgeschwächter Form für beide Gruppe zu den Messzeitpunkte t3 (sechs Wochen nach der Entlassung) und t4 (zehn Wochen nach Entlassung) fort.

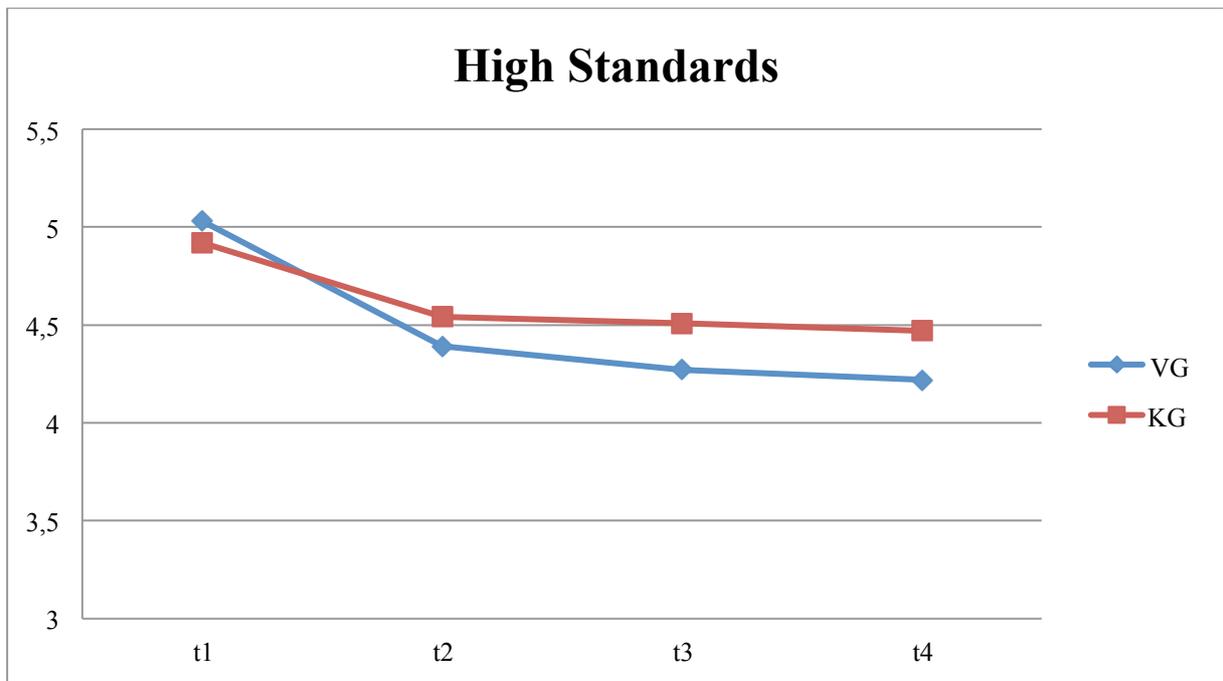


Abbildung 15: Mittelwertsverlauf High Standards (APS-R)

In der Tabelle 37 sind die Ergebnisse der zweifaktoriellen Kovarianzanalyse mit Messwiederholungsfaktor dargestellt.

Tabelle 37: Kovarianzanalyse für High Standards (APS-R)

Gruppe			Zeit			Interaktion			Kovariate	
F(1)	p	η^2	F(2)	p	η^2	F(2)	p	η^2	F(1)	p
4.023	.050	.065	0.309	.721	.005	0.228	.782	.004	29.055	.000

Anmerkungen: p Signifikanz. η^2 Effektstärke. Kovariate Baseline.

Für die Skala *High Standards* des APS-R zeigte sich ein signifikanter Gruppeneffekt ($\eta^2 = .065$), die Werte der Kontrollgruppe sind signifikant höher als die der Versuchsgruppe (Abbildung 15). Es lag kein signifikanter Zeiteffekt ($\eta^2 = .005$) und keine signifikante Interaktion vor ($\eta^2 = .004$). Die Kovariate Baseline war hoch signifikant.

9.2.4.2.2 Positive Self-Oriented Performance Perfectionism (PPS)

Die Mittelwerte und Standardabweichungen der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe für die Skala *Positive Self-Oriented Perfectionism* (im folgenden *Positive Perfectionism* genannt) des PPS sind in der Tabelle 38 im zeitlichen Verlauf dargestellt.

Tabelle 38: Mittelwerte und SD Positive Perfectionism (PPS)

		M	SD	N
t1	Kontrollgruppe	4.14	0.97	31
	Versuchsgruppe	4.12	0.79	30
	Gesamt	4.13	0.88	61
t2	Kontrollgruppe	4.08	0.81	31
	Versuchsgruppe	4.04	0.64	30
	Gesamt	4.06	0.72	61
t3	Kontrollgruppe	4.05	1.01	31
	Versuchsgruppe	3.84	0.54	30
	Gesamt	3.95	0.81	61
t4	Kontrollgruppe	4.14	0.77	31
	Versuchsgruppe	3.80	0.64	30
	Gesamt	3.97	0.72	61

Anmerkungen: M Mittelwert. SD Standardabweichung.

In der Abbildung 16 sind die Mittelwerte der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe im zeitlichen Verlauf grafisch dargestellt. Aus der Abbildung ist ersichtlich, dass sich Versuchsgruppe und Kontrollgruppe zum Zeitpunkt der Aufnahme (t1) nur sehr geringfügig unterschieden. Zum Zeitpunkt der Entlassung (t2) zeigte sich für beide Gruppen eine geringfügige Reduktion des *Positive Perfectionism*. Die Reduktion der Mittelwerte setzte sich für die Versuchsgruppe zum Messzeitpunkte t3 (sechs Wochen nach der Entlassung) fort, während der Mittelwert der Kontrollgruppe nahezu unverändert blieb. Zum Zeitpunkt t4 (zehn Wochen nach Entlassung) zeigte sich für die Kontrollgruppe ein leichter Anstieg des Mittelwertes, während dieser in der Versuchsgruppe nahezu konstant blieb.

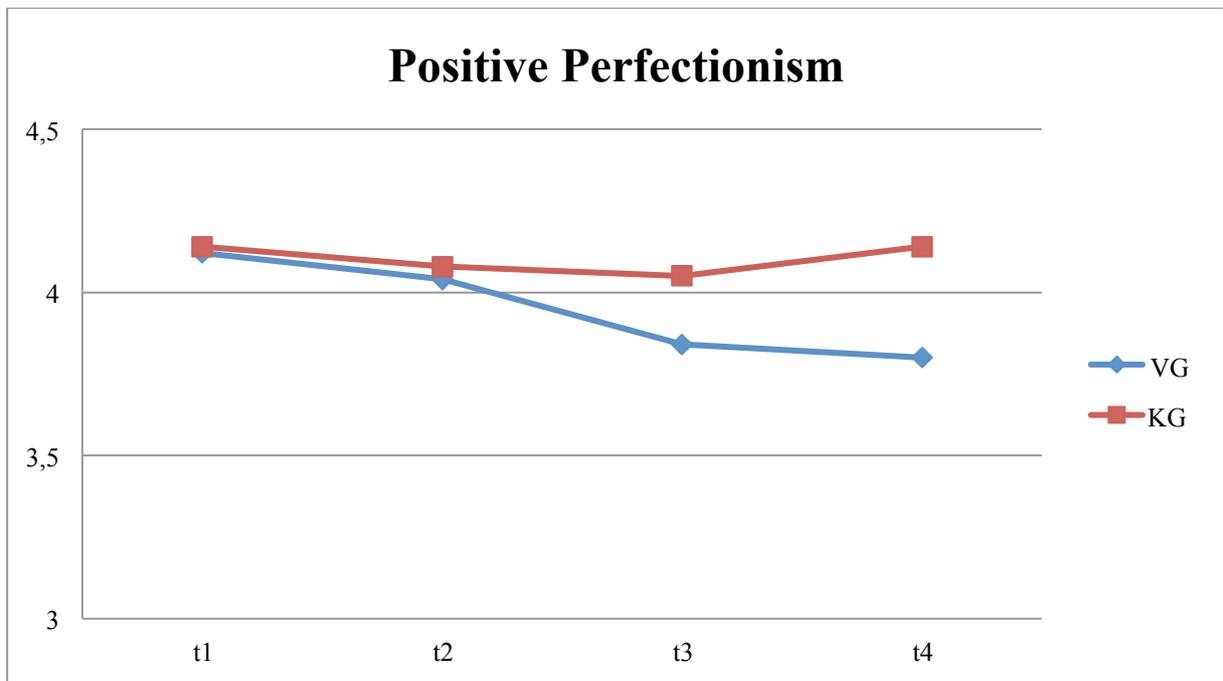


Abbildung 16: Mittelwertsverlauf Positive Perfectionism (PPS)

In der Tabelle 39 sind die Ergebnisse der zweifaktoriellen Kovarianzanalyse mit Messwiederholungsfaktor dargestellt.

Tabelle 39: Kovarianzanalyse für Positive Perfectionism (PPS)

Gruppe		Zeit			Interaktion			Kovariate		
F(1)	p	η^2	F(2)	p	η^2	F(2)	p	η^2	F(1)	p
1.884	.175	.031	0.316	.728	.005	1.561	.214	.026	27.837	.000

Anmerkungen: p Signifikanz. η^2 Effektstärke. Kovariate Baseline.

Für die Skala *Positive Perfectionism* des PPS zeigte sich kein signifikanter Gruppeneffekt ($\eta^2 = .031$), kein signifikanter Zeiteffekt ($\eta^2 = .005$) und keine signifikante Interaktion. 2.6 % der Varianz wurde durch die Interaktion erklärt. Die Kovariate Baseline war hoch signifikant.

9.2.4.2.3 Funktionaler Perfektionismus

Für die weitere Auswertung wurden die Skalen *High Standards* und *Positive Perfectionism* zu der Skala *Funktionaler Perfektionismus* zusammengefasst. Hierzu wurden die Scores der einzelnen Skalen addiert und die Summe durch die Anzahl der Skalen dividiert.

Die Mittelwerte und Standardabweichungen der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe für die Summenskala *Funktionaler Perfektionismus* sind in der Tabelle 40 im zeitlichen Verlauf dargestellt.

Tabelle 40: Mittelwerte und SD Funktionaler Perfektionismus

		M	SD	N
t1	Kontrollgruppe	2.27	0.34	31
	Versuchsgruppe	2.29	0.21	30
	Gesamt	2.28	0.28	61
t2	Kontrollgruppe	2.15	0.37	31
	Versuchsgruppe	2.11	0.30	30
	Gesamt	2.13	0.33	61
t3	Kontrollgruppe	2.14	0.38	31
	Versuchsgruppe	2.03	0.29	30
	Gesamt	2.09	0.34	61
t4	Kontrollgruppe	2.15	0.36	31
	Versuchsgruppe	2.00	0.30	30
	Gesamt	2.08	0.34	61

Anmerkungen: M Mittelwert. SD Standardabweichung.

In der Abbildung 17 sind die Mittelwerte der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe für die Summenskala *Funktionaler Perfektionismus* im zeitlichen Verlauf grafisch dargestellt. Aus der Abbildung ist ersichtlich, dass sich Versuchsgruppe und Kontrollgruppe zum Zeitpunkt der Aufnahme (t1) nur sehr geringfügig unterschieden. Zum Zeitpunkt der Entlassung (t2) zeigte sich für beide Gruppen eine Reduktion des Positiven Perfektionismus. Die Reduktion der Mittelwerte setzte sich für die Versuchsgruppe zum Messzeitpunkte t3 (sechs Wochen nach der Entlassung) fort, während der Mittelwert der Kontrollgruppe nahezu unverändert blieb. Zum Zeitpunkt t4 (zehn Wochen nach Entlassung) blieb der Mittelwert für die Kontrollgruppe nahezu unverändert, während sich dieser in der Versuchsgruppe weiter verringerte.

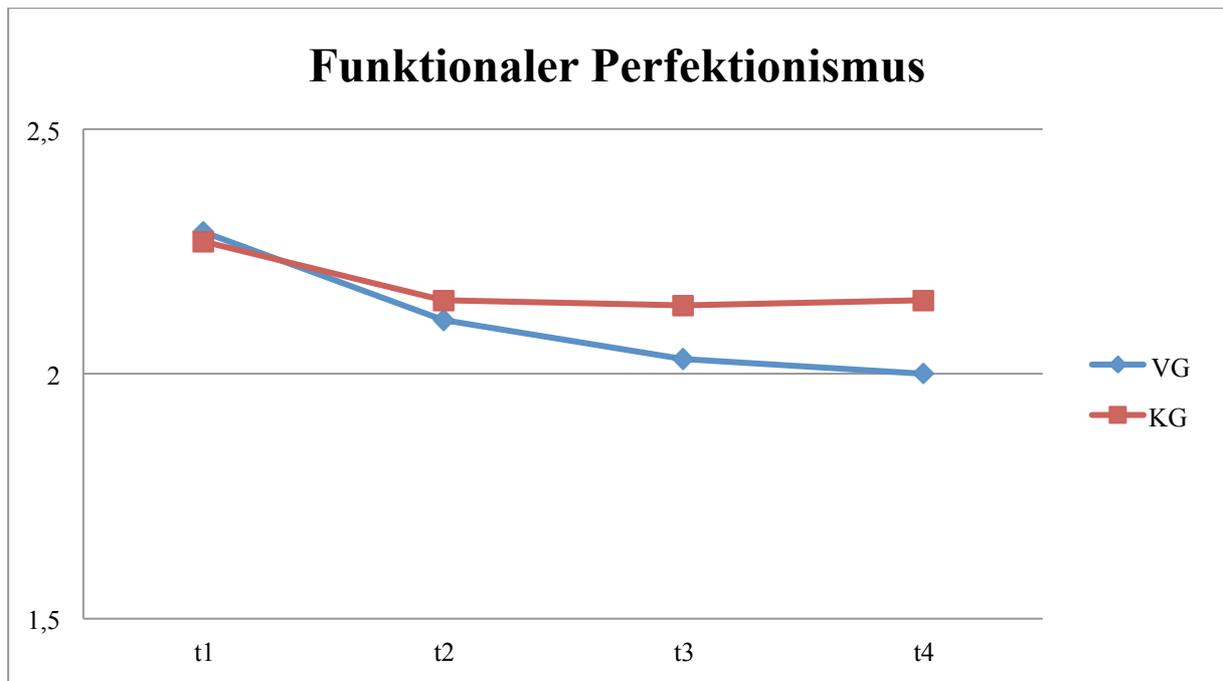


Abbildung 17: Mittelwertsverlauf Funktionaler Perfektionismus

In der Tabelle 41 sind die Ergebnisse der zweifaktoriellen Kovarianzanalyse mit Messwiederholungsfaktor dargestellt.

Tabelle 41: Kovarianzanalyse für Funktionaler Perfektionismus

Gruppe			Zeit			Interaktion			Kovariate	
$F_{(1)}$	p	η^2	$F_{(2)}$	p	η^2	$F_{(2)}$	p	η^2	$F_{(1)}$	p
3.055	.086	.050	1.450	.239	.024	1.014	.366	.017	23.386	.000

Anmerkungen: p Signifikanz. η^2 Effektstärke. Kovariate Baseline.

Für die Summenskala *Funktionaler Perfektionismus* zeigte sich kein signifikanter Gruppeneffekt ($\eta^2 = .050$), kein signifikanter Zeiteffekt ($\eta^2 = .024$) und keine signifikante Interaktion. 1.7 % der Varianz wurde durch die Interaktion erklärt. Die Kovariate Baseline war hoch signifikant.

9.2.5 Zusammenfassung

In der Tabelle 42 sind die Ergebnisse der Kovarianzanalysen für die Perfektionismusskalen dargestellt.

Tabelle 42: Zusammenfassung Kovarianzanalysen für Perfektionismusskalen

Skala	Gruppe		Zeit		Interaktion	
	p	η^2	p	η^2	p	η^2
Concern over Mistakes	.911	.000	.505	.011	.088	.043
Doubts about Actions	.757	.002	.055	.050	.837	.003
Discrepancy	.298	.019	.032	.061	.387	.016
Socially Prescribed Perfectionism	.543	.006	.183	.029	.083	.043
Dysfunktionaler Perfektionismus ¹	.371	.014	.044	.055	.283	.021
High Standards	.050	.065	.721	.005	.782	.004
Positive Perfectionism	.175	.031	.728	.005	.214	.026
Funktionaler Perfektionismus ¹	.086	.050	.239	.024	.366	.017

Anmerkungen: ¹ Summenskala. p Signifikanz. η^2 Effektstärke.

Für die Perfektionismusskalen *Concern over Mistakes*, *Doubts about Actions*, *Discrepancy* und *Socially Prescribed Perfectionism* sowie die Summenskala *Dysfunktionaler Perfektionismus* zeigen sich sechs Wochen nach Entlassung (t3) und zehn Wochen nach Entlassung (t4) keine signifikanten Gruppenunterschiede.

9.3 Parameter des Arbeitslebens und nachstationäre Behandlung

In der Tabelle 43 sind Mittelwerte und Standardabweichungen für Parameter des Arbeitslebens für die Versuchsgruppe und die Kontrollgruppe dargestellt. Zehn Wochen nach der Entlassung (t4) unterschieden sich die Versuchsgruppe und die Kontrollgruppe nicht signifikant hinsichtlich der Tage der Arbeitsunfähigkeit, der tatsächlichen Arbeitszeit und der gewünschten Arbeitszeit. Hingegen wies die Versuchsgruppe signifikant weniger Urlaubstage seit der Entlassung auf (Varianzaufklärung von 7 %) als die Kontrollgruppe (Tabelle 44).

Tabelle 43: Mittelwerte und SD für Parameter des Arbeitslebens

	Gruppe	N	M	SD
Tage Arbeitsunfähigkeit	KG	31	29.87	26.53
	VG	30	33.80	28.44
Wöchentliche Arbeitszeit ist	KG	31	29.41	15.92
	VG	30	24.85	18.98
Wöchentliche Arbeitszeit soll	KG	31	37.51	8.95
	VG	30	39.32	11.44
Urlaubstage	KG	30	6.67	8.08
	VG	30	2.90	5.61

Anmerkungen: M Mittelwert. SD Standardabweichung. KG Kontrollgruppe. VG Versuchsgruppe.

Tabelle 44: ANOVA für Parameter des Arbeitslebens

Zeit	F ₍₁₎	p	η ²
Tage Arbeitsunfähigkeit	0.311	.579	.005
Wöchentliche Arbeitszeit ist	1.040	.312	.017
Wöchentliche Arbeitszeit soll	0.474	.494	.008
Urlaubstage seit Entlassung	4.391	.041	.070

Anmerkungen: p Signifikanz. η² Effektstärke.

In der Tabelle 45 ist die Wiedereingliederung in Form einer Kreuztabelle dargestellt. Versuchsgruppe und Kontrollgruppe unterschieden sich nicht signifikant hinsichtlich der Wiedereingliederung ($\chi^2_{(1)} = 1.681$; $p = .195$).

Tabelle 45: Kreuztabelle Wiedereingliederung

	Wiedereingliederung				Gesamt	
	nein		ja		n	%
	n	%	n	%		
KG	19	61.3	12	38.7	31	100
VG	23	76.7	7	32.3	30	100
Gesamtsumme	42	68.9	19	31.1	61	100

Anmerkungen: KG Kontrollgruppe. VG Versuchsgruppe.

In der Tabelle 46 ist die nachstationäre Behandlung in Form einer Kreuztabelle dargestellt. Versuchsgruppe und Kontrollgruppe unterschieden sich nicht signifikant hinsichtlich nachstationärer klinischer Behandlung ($\chi^2_{(1)} = 1.015$; $p = .602$).

Tabelle 46: Kreuztabelle Nachstationäre Behandlung

	Nachstationäre Behandlung						Gesamtsumme	
	keine		ambulant		teilstationär			
	n	%	n	%	n	%	n	%
KG	12	38.7	18	58.1	1	3.2	31	100
VG	8	26.7	21	70.0	1	3.3	30	100
Gesamtsumme	20	32.8	39	63.9	2	3.3	61	100

Anmerkungen: KG Kontrollgruppe. VG Versuchsgruppe.

In der Tabelle 47 ist die Einnahme von Antidepressiva in Form einer Kreuztabelle dargestellt. Versuchsgruppe und Kontrollgruppe unterschieden sich nicht signifikant hinsichtlich der Einnahme von Antidepressiva ($\chi^2_{(1)} = 0.788$; $p = .375$).

Tabelle 47: Kreuztabelle Antidepressiva

	Antidepressiva				Gesamt	
	nein		ja			
	n	%	n	%	n	%
KG	12	38.7	19	61.3	31	100
VG	15	50.0	15	50.0	30	100
Gesamtsumme	27	44.3	34	55.7	61	100

Anmerkungen: KG Kontrollgruppe. VG Versuchsgruppe.

10 Diskussion

10.1 Überblick über wesentliche Ergebnisse

Für das vorgestellte SMS-Nachsorgeprogramm konnte aus der Bereitschaft zur Teilnahme, der Abbrecherquote und dem von den Teilnehmern bewertete Nutzen der Nachsorge eine hohe Akzeptanz nachgewiesen werden.

Eine Wirksamkeit der SMS-Nachsorge konnte mittels zweifaktoriellen Kovarianzanalysen mit Messwiederholung auf einem Faktor nicht nachgewiesen werden.

Kleinere Effekte hinsichtlich der dysfunktionalen Perfektionismusskalen liefern erste Hinweise, dass die eingesetzten SMS-Nachrichten Perfektionismus-bezogene Kognitionen verändern können.

10.2 Praktikabilität und Akzeptanz des Nachsorgeprogramms

Es zeigte sich, dass in der als kritisch zu bezeichnenden nachstationären Zeit, von den in der Studie untersuchten Patienten, 32.8 % (KG 38.7 %, VG 26.7 %) nach zehn Wochen noch kein ambulantes oder teilstationäres Nachsorgeangebot hatten, obwohl diese bei 96.7 % der Patienten explizit im Entlassungsbrief empfohlen wurde. Zudem ist in den letzten Jahren aufgrund des zunehmenden Kostendrucks ein kontinuierlicher Rückgang der stationären Verweildauer zu beobachten, der die Notwendigkeit einer ambulanten Weiterbehandlungen unterstreicht (Zielke, 2015). Da eine ambulante Nachsorge die stationären Therapieziele fortführen und die Teilnehmer dabei unterstützen soll, die in der stationären Behandlung erreichten Ergebnisse zu stabilisieren und zu vertiefen (Kobelt & Grosch, 2005; Köpke, 2007) ist ein nachstationärer persönlicher Kontakt zwischen Klinik und Patient wünschenswert. Ein *Face-to-Face*-Kontakt lässt sich aber aufgrund der meist wohnortfernen stationären psychosomatischen Behandlung nur schwer realisieren. Speziell die Schön-Klinik Bad Arolsen attrahiert Patienten aus ganz Deutschland. Ein nachstationärer Kontakt wäre mit einem erheblichen Aufwand verbunden.

Der Aufwand der durchgeführten SMS-Nachsorge ist im Vergleich zu anderen Nachsorgeprogrammen durch das teilautomatisierte Vorgehen als gering einzustufen. Die entsprechenden SMS-Nachrichten wurden computergestützt mit Hilfe der eingesetzten Software an das Handy der Teilnehmer geschickt. Aufgrund der internetbasierten Technologie konnte diese von überall aus bedient werden. Die Kosten für die 6-wöchige Nachsorge sind vor dem

Hintergrund von aktuellen Flatrat-Angeboten vieler Telekommunikationsanbieter als äußerst gering einzuschätzen und können im Vergleich mit den in beiden untersuchten Gruppen in ähnlichem Umfang wahrgenommenen Nachsorgeangeboten vernachlässigt werden. Ein SMS-Nachsorgeprogramm kann somit die Versorgungslücke stationär-nachstationär kostengünstig und mit geringem Aufwand für die Patienten schließen.

Die überwiegende Zahl der Teilnehmer der Versuchsgruppe kam gut mit den dazu erarbeiteten Arbeitsblättern zurecht (vgl. Anhang 12.3 und 12.4) und konnten diese selbständig oder mit Unterstützung des Therapeuten bearbeiten. Ein ca. 50 minütiges einzelpsychotherapeutisches Gespräch, welches noch in der Klinik stattfand, reichte bei allen Teilnehmern der Versuchsgruppe aus, um die neuen Kognitionen zu explorieren und die SMS abzuleiten.

Die Patienten wurden im Rahmen der stationären Psychotherapie dazu angeleitet überhöhte und dysfunktionale Grundannahmen und Bewertungsprozesse bei sich zu erkennen und erlernten Strategien zur Modifikation. Befürchtungen, dass Patienten Schwierigkeiten haben könnten zu Beginn der SMS-Nachsorge ihre veränderten Kognitionen zu benennen oder gar keine erarbeitet hätten, erwies sich als unbegründet.

Die von Bauer, Okon und Meermann (2008) benannten Vorteile von SMS für die Nachsorge lassen sich auf die Studie gut übertragen, insbesondere da die versandten Nachrichten durchschnittlich weniger als 100 Zeichen lang waren (siehe Anhang 12.10) und somit auch auf älteren Geräten mit kleinerem Display unkompliziert zu lesen waren.

Die Kombination aus SMS als Interventionsmedium mit einem E-Mail-Kontakt zur Erinnerung an die Testdurchführung erwies sich für die vorliegende Studie als sehr praktikabel. Die vorgenommene Umstellung des Datenerhebungsprogramms von *Inquisit* (t1 und t2) auf *SoSci Survey* (t3 und t4) hat den Teilnehmern eine weitestgehende Unabhängigkeit bzgl. verwendeter Computerbetriebssysteme bzw. Browser bei der nachstationären Dateneingabe ermöglicht.

Aus dem Telefoninterview geht hervor, dass die Teilnehmer angesichts einer durchschnittlichen Handynutzung von ca. 15-mal pro Tag mit dieser Form der Kommunikation vertraut sind. Auch das Empfangen und Senden von ca. 7 SMS pro Tag bestätigen den routinierten Umgang mit diesem Kommunikationsmedium. Die SMS-Nachrichten des Nachsorgeprogramms wurden von nahezu allen Patienten der Versuchsgruppe zeitnah gelesen und als sehr hilfreich eingeschätzt. Die Abbruchquote lag bei 6 % (3 % Versuchsgruppe). Damit kann insgesamt von einer hohen Akzeptanz der SMS-Nachsorge ausgegangen werden. Dies steht in Einklang mit den Evaluationsergebnissen von Bauer und Mitarbeiter (2003b) sowie Bischoff

und Mitarbeiter (2014) die gleichfalls eine hohe Teilnahmebereitschaft und Akzeptanz einer SMS-basierten Nachsorge für eine stationäre Behandlung aufzeigten.

Die SMS-Nachrichten bezogen sich fast ausschließlich auf die Modifikation Perfektionismusbezogener Kognitionen. Da auf sich selbst bezogene perfektionistische Ansprüche nach Flett und Hewitt (2002a) legitim erscheinen und nur widerwillig überprüft bzw. als bereitwilliges Veränderungsziel benannt werden, erscheint die hohe Akzeptanz des Nachsorgeprogramms von besonderer Bedeutung.

10.3 Wirksamkeit

Die Behandlungseffekte der stationären psychosomatischen Behandlung in der Schön Klinik Bad Arolsen werden für die meisten psychosomatischen Störungsbilder schon seit Jahren systematisch erfasst. So konnten beispielsweise für das Störungsbild Depression ein sehr starker Effekt ($d = 1.49$) im Jahr 2014 nachgewiesen werden (1074 erfasste Fälle, Prä-Post-Messung BDI-II). Der hohe Behandlungseffekt bildet sich auch in den Mittelwertsverläufen (t_1 und t_2) der in der vorliegenden Studie eingesetzten Instrumente ab. Diese Behandlungserfolge aufrechtzuerhalten ist für ein Nachsorgeprogramm eine besondere Herausforderung.

10.3.1 Burnout und Depressivität

Die Teilnehmer der Versuchsgruppe zeigten auf Gruppenebene zehn Wochen nach Entlassung eine weitere Reduktion der Werte auf den Burnout Dimensionen *Erschöpfung* und *Zynismus* sowie eine Steigerung auf der Dimension *berufliche Leistungsfähigkeit* (MBI-GS-D). Ebenso war bzgl. *Depressivität* (BDI-V) eine weitere Reduktion der Werte im Vergleich zum Entlassungszeitpunkt zu verzeichnen. Allerdings zeigten sich entgegen der Hypothesen zum Follow-up sechs und zehn Wochen nach der Entlassung keine signifikanten Unterschiede zwischen Versuchsgruppe und Kontrollgruppe. Ein kleiner Interaktionseffekt ($\eta^2 = .032$) war in der Skala *Zynismus* (MBI-GS-D) nachweisbar. Das Ausmaß des *Zynismus* nahm im Mittelwertsverlauf insbesondere gegen Ende des Follow-up in der Kontrollgruppe zu, während dieser in der Versuchsgruppe konstant blieb.

Es ergaben sich hinsichtlich objektiver Burnout- und Depressions-Indikatoren wie der beruflichen Wiedereingliederung, der Tage der Arbeitsunfähigkeit, der tatsächlichen Arbeitszeit und der gewünschten Arbeitszeit sowie der Einnahme von Antidepressiva keine signifikanten Gruppenunterschiede (Telefoninterview). Allerdings wies die Versuchsgruppe seit der Entlassung signifikant weniger Urlaubstage auf als die Kontrollgruppe.

Insgesamt gesehen konnte in der vorliegenden Untersuchung kein bedeutsamer Effekt der SMS-Nachsorge auf die Burnout-Symptomatik und die Depressivität der Patienten nachgewiesen werden. Dieses Ergebnis steht in Widerspruch zu bisherigen Forschungsergebnissen. So konnte z. B. Rowe (2000) aufzeigen, dass Patienten nach einem 6-wöchigen verhaltenstherapeutischen Stressbewältigungsprogramm nur eine vorübergehende Reduzierung der Burnout Symptomatik zeigten, während Patienten, die „Auffrischungssitzungen“ nach 5, 11 und 17 Monaten erhielten, über einen Zeitraum von zweieinhalb Jahren eine konstante Verringerung in den Burnout Dimensionen *Erschöpfung* und *Berufliche Leistungsfähigkeit* aufwiesen. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass es sich um einen bedeutend längeren Interventionszeitraum für die Nachsorge handelte als in der vorliegenden Untersuchung. Auch in dem (teil)stationären Behandlungskonzept für Burnout-Patienten am Klinikum Nürnberg findet erst 6 Monate nach Entlassung ein „Auffrischtag“ statt, wo vor allem die in der vorangegangenen stationären Therapie erarbeiteten Therapieziele überprüft werden (Zaindl & Söllner, 2012). Eine Handheld-gestützte Nachsorge nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation fand ebenfalls über einen Zeitraum von 6 Monaten statt (Bischoff et al., 2013), während ein E-Mail Nachsorgeprogramm einer psychotherapeutischen Fachklinik über einen Zeitraum von 3 Monaten angeboten wurde (Wolf et al., 2006). Während in den letztgenannten Studien eine Wirksamkeit nicht nachgewiesen werden konnte, so sprechen die Ergebnisse einer Smartphone-gestützter Reha-Nachsorge (eATROS) für die Überlegenheit einer 3-monatigen Nachsorge gegenüber alleiniger poststationärer Regelversorgung (Schmädeke & Bischoff, 2015). Walter und Mitarbeiter (2012) kommen in einer Übersichtsarbeit zu dem Schluss, dass positive Veränderungen der Burnout-Komponenten *Zynismus* und *Berufliche Leistungsfähigkeit* gewöhnlich bis zu 6 Monaten anhalten.

Da das Burnout-Syndrom eine berufsbedingte Erkrankung darstellt, stellt der Wiedereintritt in das Berufsleben eine besonders kritische Situation dar, in der mit einer Reaktivierung auf dysfunktionalen Perfektionismus bezogener kognitiver Leitsätze und damit einhergehend mit einem Wiederauftreten der Burnout-Symptomatik zu rechnen ist. In diesem Sinne wurde z. B. von einem Patienten vorgeschlagen, erst mit der SMS-Nachsorge zu beginnen, wenn die Berufstätigkeit wieder aufgenommen wird.

Legt man die durchschnittliche Anzahl der Tage der Arbeitsunfähigkeit nach Entlassung von rund 32 Tagen (KG = 30 Tage, VG = 34 Tage) zu Grunde, so könnte sich dies in den Verläufen der Gruppenmittelwerte der Burnout Dimensionen (MBI-GS-D) widerspiegeln. Insbesondere in der Dimension *Zynismus* ist in der Kontrollgruppe im Messintervall sechs und zehn Wochen nach Entlassung eine Verschlechterung zu erkennen. Da dem *Zynismus* symptoma-

tisch vor allem negative kognitive Bewertungen zugeordnet werden, könnte hier eine Begründung für den nachgewiesenen kleinen Effekt des Programms liegen, der sich erst dann zeigt, wenn die Teilnehmer sich wieder im Berufsleben befinden.

Es könnte demnach so sein, dass der Interventionszeitraum von sechs Wochen nach der stationären Entlassung in der vorliegenden Studie für eine effektive Nachsorge zu kurz bemessen worden ist. Hierauf weisen auch die von den Patienten gemachten Verbesserungsvorschläge für die SMS-Nachsorge hin. Aus diesen geht insbesondere hervor, dass ein späterer Beginn der SMS-Nachsorge gewünscht wird bzw. ein Bedarf nach einer über den Zeitraum von sechs Wochen hinausreichenden längerfristigen Nachsorge besteht. Damit könnte z. B. eine bessere Unterstützung bei einem späteren Wiedereinstieg in den Beruf gewährleistet werden.

10.3.2 Dysfunktionaler Perfektionismus

In allen in die Untersuchung einbezogenen dysfunktionalen Perfektionismusskalen (*Concern over Mistakes, Doubts about Actions, Discrepancy* und *Socially Prescribed Perfectionism*) zeigte sich in den Mittelwerten zwischen Entlasszeitpunkt und Follow-up nach sechs Wochen in der Versuchsgruppe eine leichte Abnahme, während in der Kontrollgruppe ein Anstieg erfolgte. Für keine dieser Skalen konnte allerdings entgegen den Hypothesen sechs und zehn Wochen nach der Entlassung ein bedeutsamer Unterschied zwischen Versuchsgruppe und Kontrollgruppe aufgezeigt werden.

Obwohl die psychotherapeutische Behandlung von dysfunktionalem Perfektionismus ein langer und intensiver Prozess ist (Spitzer, 2011) und Patienten mit ausgeprägtem Perfektionismus als schwer zu behandeln gelten (Flett & Hewitt, 2002a), konnte die Wirksamkeit von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren bereits in einigen Studien nachgewiesen werden (vgl. Egan et al., 2011; Egan et al., 2014b). Dabei wurden u. a. erfolgreich neue Kommunikationsmedien wie Internet-basierte Interventionen zur kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung des Perfektionismus eingesetzt (z. B. Arpin-Cribbie et al., 2012; Radhu et al., 2012). Interventionen zur Nachsorge bei der Behandlung von dysfunktionalem Perfektionismus sind dem Autor der vorliegenden Studie nicht bekannt, sodass diesbezüglich keine weiteren Vergleiche gezogen werden können.

Da die vorliegende Arbeit im Rahmen einer Pilotstudie der Konzeptweiterentwicklung dient, die SMS-Nachsorge auf die Modifikation Perfektionismus-bezogener Kognitionen zielt, werden im Folgenden die eingesetzten Perfektionismusskalen genauer betrachtet, in denen

kleinere Effekte nachgewiesen wurden. Diese zeigten sich in den Skalen *Concern over Mistakes* ($\eta^2 = .043$), *Discrepancy* ($\eta^2 = .016$), *Socially Prescribed Perfectionism* ($\eta^2 = .043$).

Concern over Mistakes

In der Versuchsgruppe reduzierte sich sechs Wochen nach der Entlassung der Mittelwert für die Skala *Concern over Mistakes* des FMPS weiter, während er in der Kontrollgruppe anstieg. Zehn Wochen nach Entlassung blieb der Mittelwert in der Versuchsgruppe nahezu konstant, während dieser in der Kontrollgruppe weiter anstieg.

Concern over Mistakes ist durch eine exzessive Angst davor, Fehler zu begehen, gekennzeichnet. Es spielen dysfunktionale Generalisierungsannahmen eine Rolle. Die Items der Skala sprechen sowohl Selbst-, als auch Fremdbewertungsprozesse an, die zu negativen Konsequenzerwartungen bei Nicht-Erreichen von gesetzten Standards führt. Dadurch können Versagensängste ausgelöst werden, die zu vermeidungsmotiviertem Verhalten führen (Altstötter-Gleich, 2010). Es kann vermutet werden, dass die modifizierten Kognitionen Versagensängste reduzieren und die verhaltensorientierte Verankerung der SMS-Nachrichten annäherungsmotiviertes Verhalten fördert (vgl. Anhang 12.10). Beispielhaft seien dazu die SMS-Texte für zwei neuformulierte Leitsätze dargestellt:

- FOLGE DEINEM ERSTEN IMPULS! (Ich tue es einfach.)
- KOMM IN BEWEGUNG! (Ich tue es einfach.)
- FANG AN, DAS ANDERE FOLGT NACH! (Ich tue es einfach.)
- ERZÄHLE DIE POSITIVEN DINGE DER LETZTEN 24 H! (Ich genieße die Angstfreiheit und finde wieder Vertrauen.)
- RICHTE DEN BLICK NACH AUSSEN! (Ich genieße die Angstfreiheit und finde wieder Vertrauen.)
- ERZÄHLE DIE POSITIVEN DINGE DER LETZTEN 24 H! (Ich genieße die Angstfreiheit und finde wieder Vertrauen.)
- VERTRAUE DIR! (Ich genieße die Angstfreiheit und finde wieder Vertrauen.)

Discrepancy

Die Skala *Discrepancy* beschreibt das Ausmaß der wahrgenommenen Diskrepanz zwischen der aktuellen Leistung und den persönlichen Leistungsansprüchen (Ist-Soll-Diskrepanz). In den Items der Skala (z.B. „*Ich bin nie zufrieden, auch wenn ich weiß, dass ich mein Bestes gegeben habe*“ oder „*Meine Leistungen genügen selten meinen Ansprüchen*“) wird deutlich,

dass das Erreichte wenig Wertschätzung erfährt und im Vergleich zum vermeintlichen Ideal nahezu vernachlässigbar ist. In der Skala *Discrepancy* hat sich sechs Wochen nach der Entlassung in der Versuchsgruppe der Mittelwert weiter verringert, während in der Kontrollgruppe ein Anstieg erfolgte. Nach weiteren vier Wochen zeigten sich in beiden Gruppen die Mittelwerte nahezu unverändert.

Viele Teilnehmer der Versuchsgruppe formulierten ihre SMS-Nachrichten so, dass das Erreichte, die gezeigten Leistungen stärker betont wurde (vgl. Anhang 12.10). Exemplarisch ist dies ebenfalls an den SMS-Texten für zwei neuformulierte Leitsätze dargestellt:

- GEBE DEM ERREICHTEN MEHR PLATZ IN DEINEN GEDANKEN! (Ich wuerdige das Erreichte.)
- ZIEH POSITIVE BILANZ! (Ich wuerdige das Erreichte.)
- GENIESSE DEN MOMENT! (Ich wuerdige das Erreichte.)
- NIMM ALLE ERFOLGE BEWUSST WAR! (Ich wuerdige das Erreichte.)
- SPRICH UEBER DAS POSITIV ERLEBTE! (Ich sehe Positives bewusster.)
- ERINNERE DICH IN SCHWIERIGEN SITUATION AN GUTES! (Ich sehe Positives bewusster.)
- LASS POSITIVES ZU UND NIMM ES AN! (Ich sehe Positives bewusster.)
- SPIEL DAS POSITIVE NICHT RUNTER! (Ich sehe Positives bewusster.)
- SEI SENSIBEL FUER GUTES! (Ich sehe Positives bewusster.)

Social Prescribed Perfektionismus

Sechs Wochen nach Entlassung hat sich in der Versuchsgruppe der Mittelwert der Skala *Socially Prescribed Perfectionism* verringert, während in der Kontrollgruppe ein Anstieg erfolgte.

Socially Prescribed Perfectionism ist durch den Glauben gekennzeichnet, dass bedeutsame andere Personen unrealistisch hohe Erwartungen hegen und es wichtig ist, diesen hohen Standards zu entsprechen (*Andere fordern, ich sollte perfekt sein*). In dieser Dimension des dysfunktionalen Perfektionismus spielt insbesondere die external motivierte Annahme eine zentrale Rolle, wichtige Bezugspersonen erwarten hohe Leistungsstandards und die Akzeptanz der eigenen Person setzt die Erfüllung dieser hohen Ansprüche voraus. Einige SMS-Nachrichten (vgl. Anhang 12.10) sind so formuliert, dass sie dieser Annahme entgegenwirken und könnten so möglicherweise einen kleinen Effekt der Intervention bzgl. dieser Dimension

des Perfektionismus erklären. Auch dies sei beispielhaft an SMS-Texten für zwei neuformulierte Leitsätze verdeutlicht:

- SETZE EINEN STOPP! (Ich loese mich von den vermeintlichen Gedanken anderer.)
- LASSE VERGANGENES LOS! (Ich loese mich von den vermeintlichen Gedanken anderer.)
- AKZEPTIERE AUCH KRITISCHE AUESSERUNGEN! (Ich loese mich von den vermeintlichen Gedanken anderer.)
- LENKE DEINE KONZENTRATION AUF POSITIVE AUESSERUNGEN! (Ich loese mich von den vermeintlichen Gedanken anderer.)
- MACH DAS WAS DIR GEFAELLT! (Ich loese mich von den vermeintlichen Gedanken anderer.)
- LASS DICH NICHT BEEINFLUSSEN! (Ich weiss, was ich mache.)
- BLEIB KONSEQUENT! (Ich weiss, was ich mache.)
- VERTRAU AUF DEINE GEFUEHLE! (Ich weiss, was ich mache.)
- SCHAU BLOSS, DASS DU MAL NEIN SAGSCHST! (Ich weiss, was ich mache.)

In Kapitel 5.1 ist ein Modell skizziert, welches die in der Literatur postulierten Zusammenhänge zwischen Perfektionismus und Burnout schematisch darstellt. Es wird deutlich, dass arbeitsbezogene Belastung und das Persönlichkeitsmerkmal Perfektionismus interagieren in ihrer Wirkung auf die Häufigkeit des Auftretens dysfunktionaler Kognitionen, die ihrerseits zu Burnout-spezifischen Belastungen wie Erschöpfung, Distanzierung (als dysfunktionale Coping-Strategie) und Leistungseinbußen führen bzw. diese verstärken und aufrecht erhalten. Ordnet man in dieses Modell die oben aufgeführten kleineren Effekte bei der Reduktion dysfunktionaler Perfektionismusfacetten ein, lässt dies erkennen, dass es längere Zeit benötigt, damit sich diese Effekte bzgl. der Burnout-Symptomatik zeigen und insbesondere in den Burnout Dimensionen *Erschöpfung* und *berufliche Leistungsfähigkeit* nachzuweisen sind.

10.3.3 Funktionaler Perfektionismus

Für die Skalen des funktionalen Perfektionismus (*High Standards, Positive Self-oriented Performance Perfectionism*) zeigten sich zu den Follow-up Zeitpunkten erwartungsgemäß keine signifikanten Unterschiede zwischen Versuchsgruppe und Kontrollgruppe.

Allerdings zeigte sich ein kleiner Effekt in der Dimension *Positive Self-oriented Performance Perfectionism* ($\eta^2 = .026$). Dieser ist im Verlauf der Gruppenmittelwerte gut erkennbar. Zum Zeitpunkt der Entlassung zeigte sich für beide Gruppen eine geringfügige Reduktion der Mittelwerte. Die Reduktion setzte sich für die Versuchsgruppe nach der Entlassung fort, während der Mittelwert der Kontrollgruppe leicht anstieg.

Betrachtet man die Items der Skala genauer (z.B. „*Hohe Ansprüche an meine Leistungen ermöglichen es mir sehr effektiv zu sein*“ oder „*Ich bin immer dann am besten, wenn ich auch viel von mir verlange*“) so wird im Vergleich mit den von den Teilnehmern formulierten SMS-Nachrichten (vgl. Anhang 12.10) deutlich, dass diese Leistung und Funktionieren nicht mehr favorisieren, dadurch auch Ansprüche reduzieren. Exemplarisch kann dies an den SMS-Texten zweier neuformulierter Leitsätze dargestellt werden:

- DU DARFST DINGE LIEGEN LASSEN! (Ich kann das Leben lockerer nehmen.)
- IN DER RUHE LIEGT DIE KRAFT! (Ich kann das Leben lockerer nehmen.)
- LASS 5 GERADE SEIN! (Ich kann das Leben lockerer nehmen.)
- SHIT HAPPENS! (Ich kann das Leben lockerer nehmen.)
- GOENN DIR PAUSEN! (Gut ist gut.)
- MACH EINE ACHTSAMKEITSUEBUNG! (Gut ist gut.)
- NIMM DIR DIE ZEIT DIE DU BRAUCHST! (Gut ist gut.)
- DELEGIERE! (Gut ist gut.)
- FEIERABEND IST FREIZEIT! (Gut ist gut.)

Nach Hamachek (1978) führen hohe Standards zu einem hohen Ausmaß an Motivation und Erfolg (vgl. Accordino et al., 2000). Altstötter-Gleich (2010) weist darauf hin, dass hohe Standards bzgl. Depression sogar ein Resilienzfaktor sein können. Es stellt sich die Frage, ob es sinnvoll ist im Rahmen einer Intervention die selbst gesetzten Standards zu verändern. Da die dysfunktionalen Perfektionismusanteile bei der klinischen Stichprobe mittel bis hoch ausgeprägt sind, erscheint es durchaus therapeutisch sinnvoll eine Anpassung der selbst gesetzten Standards an die (gegenwärtigen) Kompetenzen zu erreichen.

Spitzer (2014) formulierte ausgehend von den aktuellen multidimensionalen Perfektionismus-Konzeptionen drei Therapieziele in der psychotherapeutischen Behandlung von Perfektionismus: *Ansprüche senken*, *Ansprüche flexibilisieren* und *unbedingten Selbstwert entwickeln*. Die für das Nachsorgeprogramm entwickelten „Regeln“ zur Überprüfung der neuen Kognitionen hinsichtlich einer hilfreichen Veränderung, z. B. *keine absoluten Begriffe, keine 180°-*

Wendung, motivierende, aktive Formulierung, „altes Reizwort“ ersetzen (vgl. 7.1), favorisieren eine Umformulierung der Kognitionen in ebenfalls diese Richtung. Vergleicht man die SMS-Texte (Anhang 12.10) ist dies umso augenfälliger.

Bezieht man die in der Intervention erzielten kleineren Effekte mit ein, so kann im weiten Sinne eine Zuordnung der von Spitzer (2014) formulierten Therapieziele zu den o.g. Perfektionismusskalen vorgenommen werden.

1. Ansprüche senken (sich keine unerreichbaren oder nur sehr schwer erreichbaren Ziele mehr setzen): *Positive Perfectionism, Discrepancy*
2. Ansprüche flexibilisieren (nicht mehr absolut und rigide fordern, die eigenen Ansprüche unter allen Umständen erfüllen zu müssen): *Positive Perfectionism, Discrepancy*
3. Unbedingten Selbstwert entwickeln (den Selbstwert unabhängig vom Erreichen oder Verfehlen eigener Standards machen): *Concern over Mistakes, Socially Prescribed Perfectionism*

10.4 Einschränkungen der Studie

Da die stationäre Behandlung der Teilnehmer von dem Autor der Studie begleitet wurde, er die Psychotherapeuten zum Teil supervidierte und die SMS-Intervention selbst durchführte, sind die Ergebnisse der Studie nicht ohne Weiteres zu verallgemeinern.

Um die Teilnehmer durch die Anzahl der Items der eingesetzten Fragebogeninstrumente nicht zu überfordern, wurden bzgl. Erfassung des Perfektionismus von den etablierten Instrumenten in ihrer validierten Form abgewichen und die jeweils trennschärfsten Items (maximal sechs) einer Skala in einen Perfektionismus Fragebogen aufgenommen.

Insgesamt nahm ca. zwei Drittel der an der Studie teilnehmenden Patienten neben der SMS-Nachsorge eine ambulante bzw. teilstationäre Nachsorge in Anspruch. Hierdurch könnten eventuell die Effekte des SMS-Nachsorgeprogramms bzgl. der Burnout-Symptomatik und der Depressivität sowie des dysfunktionalen Perfektionismus im Sinne eines Deckeneffektes überlagert worden sein. Die Frage, ob die SMS-Nachsorge einer Kontrollbedingung überlegen ist, wenn beide Patientengruppen nicht zusätzlich ambulante Psychotherapie erhielten, wurde aufgrund der geringen Fallzahl nicht geprüft.

Eine weitere Einschränkung der Studie ist in den trotz Randomisierung signifikant höheren Baselinewerten in fast allen dysfunktionalen Facetten des Perfektionismus in der Versuchsgruppe und der statistischen Datenauswertung mit einer Kovarianzanalyse (ANCOVA) zu sehen. In der Kovarianzanalyse wird angenommen, dass keine Interaktion zwischen Kovariaten und Behandlungsgruppen besteht, d. h., dass die Behandlungseffekte für alle Kombinationen von Kovariatenwerten gleich sind (Kirchmann & Steyer, 2012). Falls die Kovariate mit den Faktoren korreliert, führt deren Einführung in das Modell zu einer Unterschätzung der Einflussstärke der Faktoren.

10.5 Schlussfolgerung

Auch wenn keine bedeutsamen Unterschiede zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe aufgezeigt werden konnte, ergaben sich dennoch insbesondere hinsichtlich der dysfunktionalen Perfektionismusskalen kleinere Effekte, die einen ersten Hinweis liefern, dass die eingesetzten SMS-Nachrichten Perfektionismus-bezogene Kognitionen verändern können.

Um dies näher zu untersuchen, wäre der Einsatz der von Altstötter-Gleich und Bergemann übersetzten Orginalskalen der eingesetzten Instrumente zur Erfassung des dysfunktionalen Perfektionismus zu erwägen. Zudem ist zur Erfassung von Kognitionen die sich auf Perfektionismus beziehen, der Einsatz des *Perfectionism Cognitions Inventory* (PCI) (Flett et al., 1998; Flett et al., 2007) in weiteren Studien zu empfehlen. Mit dem Instrument kann die Häufigkeit auf Perfektionismus bezogener Gedanken erhoben werden. Die Items des PCI entsprechen weitgehend den Ausführungen von Ellis (2002) zum Zusammenhang von Perfektionismus und irrationalen Gedanken. Zahlreiche der automatischen Gedanken enthalten die Formulierungen „sollte“ und „muss“ und reflektieren den Druck, realen oder imaginierten Erwartungen zu entsprechen. Das Instrument könnte auch in der (stationären) Psychotherapie zur Ableitung und Formulierung der zu modifizierenden dysfunktionaler Kognitionen dienen.

Zur psychometrischen Diagnostik des Burnouts wäre die Einbeziehung eines weiteren Testverfahrens empfehlenswert. Hier ist der Einsatz des Diagnostikum AVEM (*Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster*) (Schaarschmidt & Fischer, 2008) denkbar. Es gilt als ein gut validiertes und normiertes Verfahren. Die Autoren heben insbesondere den Interventionsbezug des Diagnostikum AVEM hervor. Nach Korczak et al. (2010) demonstriert das AVEM den Perspektivenwechsel von der Erfassung subjektiv erlebter Belastung, hin zur wissenschaftlichen Erhellung von erfolgreichen Bewältigungsformen. In Bezug auf die Fragestellung erscheint insbesondere der Inhaltsbereich *Arbeitsengagement* interessant, dem die

Dimensionen *Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit, Beruflicher Ehrgeiz, Verausgabungsbe-
reitschaft, Perfektionsstreben* und *Distanzierungsfähigkeit* zugehörig sind.

Zur Erfassung des subjektiven Nutzens der SMS-Nachsorge wurden die Teilnehmer im Telefoninterview direkt dazu befragt. Hier wäre zu empfehlen, Nutzen und Zufriedenheit in einem Fragebogen im Follow-up zu erheben, um die Tendenz der Teilnehmer zum sozial erwünschten Antworten durch die indirekte Befragung abzuschwächen.

Ein oben aufgeführtes und von Spitzer (2014) benanntes Therapieziel in der psychotherapeutischen Behandlung von Perfektionismus lautet, *unbedingten Selbstwert entwickeln*. Die Relevanz des Erreichens hoher Standards für das Selbstkonzept wird allerdings mit den eingesetzten Instrumenten nicht erfasst. Hierzu liegt nach Kenntnis des Autors auch noch kein deutschsprachiges Instrument vor, so dass die Leistungsabhängigkeit des Selbstwertes explizit in weiteren Studien erfragt werden sollte.

Bauer et al. (2011a) geben als einen möglichen allgemeinen Wirkmechanismus, der den Effekt eines SMS-basierten Programms erzeugt, Selbstmonitoring an. Dieser gilt als wichtiger Baustein vieler, insbesondere verhaltenstherapeutischer Interventionen. Selbstmonitoring soll den Patienten außerhalb des therapeutischen Raums dabei unterstützen, sich weiter an die Therapieziele zu halten. Dies erscheint insbesondere bei Perfektionisten wichtig, da hohe Anforderungen an den eigenen Fortschritt bei den Patienten dazu führen können, dass kleinere Veränderungen bzw. Teilerfolge nicht entsprechend positiv gewertet werden (vgl. Flett & Hewitt, 2002a). In der vorliegenden Pilotstudie ist eine Rückmeldung durch den Teilnehmer bisher nicht vorgesehen. In den durchgeführten Telefoninterviews wurde dies von den Teilnehmern als Verbesserungsvorschlag genannt (z.B. *Teilnehmer sollte verpflichtet werden, wöchentlich Rückmeldung zu geben* oder *Einschätzung Umsetzungsgrad kontinuierlich erfassen*). Neben Selbstmonitoring wäre an die Einführung eines Feedbackprozesses zu denken. Dieser könnte weitgehend automatisiert werden (vgl. Bauer et al., 2008). In diesem Zusammenhang könnte auch der Frage nachgegangen werden, ob die Teilnahme an der SMS-Nachsorge die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Nachsorgeangebote beeinflusst hat, indem sie Patienten davon abhält, eine indizierte Psychotherapie in Anspruch zu nehmen oder andererseits durch die Teilnahme an der Intervention die Therapieplatzsuche motiviert.

10.6 Ausblick

In der vorliegenden Pilotstudie wurde die SMS-Nachsorge von den Patienten sehr gut angenommen und als hilfreich erachtet. Daher stellt die Intervention ein vielversprechendes ökonomisches und niedrighschwelliges ambulantes Nachsorge-Konzept dar. Für die Zukunft sind daher weitere Studien zur SMS-Nachsorge von stationären Burnout-Behandlungen die auf die Reduzierung dysfunktionaler Facetten des Perfektionismus zielen unter Einbeziehung weiterer Fragebögen wünschenswert. Diese sollten sich über einen längeren Interventionszeitraum erstrecken und an ausreichend umfangreichen Stichproben durchgeführt werden, sodass eine Randomisierung zu vergleichbaren Baselinedaten der zu untersuchenden Parametern führt. Zudem wäre die Implementierung eines Feedbackprozesses zu empfehlen.

Die SMS-Nachsorge könnte sich bei nachgewiesener Wirksamkeit relativ einfach in die Klinik-Prozesse integrieren. Der Aufwand der seitens der Klinik besteht, bezieht sich auf die Bekanntmachung des Programms und die Anmeldung. Die SMS könnten im Abschlussgespräch mit dem behandelnden Psychotherapeuten festgehalten werden und ohne großen Aufwand in die Software eingepflegt werden. Eine Einbindung der SMS-Nachsorge im Rahmen gestufter Versorgungsmodelle wäre perspektivisch gut vorstellbar und bietet großes Potential, die bestehenden Strukturen zu ergänzen.

11 Literatur

- Accordino, D. B., Accordino, M. P. & Slaney, R. B. (2000). An investigation of perfectionism, mental health, achievement, and achievement motivation in adolescents. *Psychology in the Schools*, 37, 535-545.
- Ahola, K. & Hakanen, J. (2014). Burnout and health. In Leiter, M. P., Bakker, A. B. & Maslach, C. (Hrsg.), *Burnout at work: A psychological perspective*. (S. 10-31). New York, NY, US: Psychology Press.
- Ahola, K., Honkonen, T., Isometsä, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Aromaa, A. & Lönnqvist, J. (2005). The relationship between job-related burnout and depressive disorders - results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Affective Disorders*, 88, 55-62.
- Ahola, K., Honkonen, T. & Kivimäki, M. (2006). Contribution of burnout to the association between job strain and depression: the health 2000 study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 48, 1023-1030.
- Akimova, E. & Kasper, S. (2012). Burn-out-Syndrom und Depression: Eine oder zwei Seiten einer Medaille? *Journal für Neurologie Neurochirurgie und Psychiatrie*, 13, 190-193.
- Altstötter-Gleich, C. (2010). Perfektionismus und Depression. In Bergemann, N. (Hrsg.), *Dauner Dokumentationen. Aktuelle Behandlungskonzepte psychischer Störungen* (S. 43-62). Heidelberg: Wolfsbrunnen-Verlag.
- Altstötter-Gleich, C. (2014a). Facets of perfectionism. Unpublished manuscript: University of Landau.
- Altstötter-Gleich, C. (2014b). Wieviel Perfektionismus darf es sein? *Gehirn & Geist* 20-24.
- Altstötter-Gleich, C. & Bergemann, N. (2006). Testgüte einer deutschsprachigen Version der Mehrdimensionalen Perfektionismus Skala von Frost, Marten, Lahart und Rosenblate (MPS-F). *Diagnostica*, 52, 105-118.
- Amelang, M., Schmidt-Atzert, L., Fydrich, T., Moosburger, H. & Zielinski, W. (Hrsg.). (2006). *Psychologische Diagnostik und Intervention*. Berlin: Springer.

- Appleton, P. R., Hall, H. K. & Hill, A. P. (2009). Relations between multidimensional perfectionism and burnout in junior-elite male athletes. *Psychology of Sport and Exercise, 10*, 457-465.
- Appleton, P. R. & Hill, A. P. (2012). Perfectionism and athlete burnout in junior elite athletes: The mediating role of motivation regulations. *Journal of Clinical Sport Psychology, 6*, 129-145.
- Aronson, E. & Pines, A. M. (1983). *Ausgebrannt: vom Überdruß zur Selbstentfaltung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Arpin-Cribbie, C., Irvine, J. & Ritvo, P. (2012). Web-based cognitive-behavioral therapy for perfectionism: A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research, 22*, 194-207.
- Ashby, J. S., Noble, C. L. & Gnilka, P. B. (2012). Multidimensional perfectionism, depression, and satisfaction with life: Differences among perfectionists and tests of a stress-mediation model. *Journal of College Counseling, 15*, 130-143.
- Ashby, J. S. & Rice, K. G. (2002). Perfectionism, dysfunctional attitudes, and self-esteem: A structural equations analysis. *Journal of Counseling & Development, 80*, 197-203.
- Awa, W. L., Plaumann, M. & Walter, U. (2010). Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient Education and Counseling, 78*, 184-190.
- Bahlmann, J., Angermeyer, M. C. & Schomerus, G. (2013). "Burnout" statt "Depression" - eine Strategie zur Vermeidung von Stigma? *Psychiatrische Praxis, 40*, 78-82.
- Barmer GEK (Hrsg.). (2011). *Barmer GEK Report Krankenhaus*. St. Augustin: Asgard-Verlag.
- Barmer GEK (2008). Barmer GEK Arztreport. Auswertungen zu den Daten bis 2008. www.barmer-gek.de/barmer/.../PDF__Arztreport,property=Data.pdf [01.09.2014].
- Bauer, J., Häfner, S., Kächele, H., Wirsching, M. & Dahlbender, R. W. (2003a). Burnout und Wiedergewinnung seelischer Gesundheit am Arbeitsplatz. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 53*, 213-222.

- Bauer, S., Hagel, J., Okon, E., Meermann, R. & Kordy, H. (2006). SMS in der nachstationären Betreuung von Patientinnen mit Bulimia nervosa. *PDP Psychodynamische Psychotherapie: Forum der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie*, 5, 127-136.
- Bauer, S. & Kordy, H. (2008). *E-Mental-Health. Neue Medien in der psychosozialen Versorgung*. Heidelberg: Springer.
- Bauer, S., Okon, E. & Meermann, R. (2008). Nachsorge über SMS. In Bauer, S. & Kordy, H. (Hrsg.), *E-Mental-Health. Neue Medien in der psychosozialen Versorgung* (S. 207-217). Berlin: Springer.
- Bauer, S., Okon, E. & Meermann, R. (2011a). Nachsorge nach stationärer Psychotherapie für Essstörungen: Wirksamkeit eines SMS-basierten Programms. *Psychotherapeut*, 56, 509-515.
- Bauer, S., Okon, E., Meermann, R. & Kordy, H. (2012). Technology-enhanced maintenance of treatment gains in eating disorders: Efficacy of an intervention delivered via text messaging. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 700-706.
- Bauer, S., Okon, E., Meermann, R. & Kordy, H. (2013). SMS-Nachsorge: Sektorenübergreifende Versorgung für Patientinnen mit Bulimia nervosa. *Verhaltenstherapie*, 23, 204-209.
- Bauer, S., Percevic, R., Okon, E., Meermann, R. & Kordy, H. (2003b). Use of text messaging in the aftercare of patients with bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 11, 279-290.
- Bauer, S., Wolf, M., Haug, S. & Kordy, H. (2011b). The effectiveness of internet chat groups in relapse prevention after inpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 21, 219-226.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.
- Beebe, L. H. & Schwartz, B. (2014). Telephone-based disease management for severe enduring mental illnesses (SEMI). *Home Health Care Management & Practice*, 26, 49-54.

- Berberich, G., Zaudig, M., Hagel, E., Konermann, J., Piesbergen, C., Hauke, W., Krauseneck, T., Ruppert, S. & Unger, H. (2012). Klinische Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen und akzentuierten Persönlichkeitszügen bei stationären Burnout-Patienten. *Persönlichkeitsstörungen - Theorie und Therapie*, 16, 85-95.
- Berger, M., Linden, M., Schramm, E., Hillert, A., Voderholzer, U. & Maier, W. (2012a). Positionspapier der Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Thema Burnout. *Nervenarzt*, 4, 537-543. .
- Berger, M., Schneller, C. & Maier, W. (2012b). Arbeit, psychische Erkrankungen und Burnout. Konzepte und Entwicklungen in Diagnostik, Prävention und Therapie. *Nervenarzt*, 83, 1364–1372.
- Berger, M., Schneller, C. & Maier, W. (2013). Burnout – die versteckte Depression? Definition und Abgrenzung. *Hessisches Ärzteblatt*, 2, 81-85.
- Bianchi, R. & Schonfeld, I. S. (2016). Burnout is associated with a depressive cognitive style. *Personality and Individual Differences*.
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S. & Laurent, E. (2014). Is Burnout a Depressive Disorder? A Reexamination with Special Focus on Atypical Depression. *International Journal of Stress Management*.
- Bischoff, C., Gönner, S., Ehrhardt, M. & Limbacher, K. (2005). Ambulante vor- und nachbereitende Maßnahmen zur Optimierung der stationären psychosomatischen Rehabilitation - Ergebnisse des Bad Dürkheimer prä-post-Projekts. *Verhaltenstherapie*, 15, 78-87.
- Bischoff, C., Schmädeke, S., Adam, M., Dreher, C., Bencetic, D. & Limbacher, K. (2013). Wirksamkeit von Handheld-gestütztem Selbstmanagement (E-Coaching) in der Rehabilitationsnachsorge. *Verhaltenstherapie*, 23, 243-251.
- Bischoff, C., Schmädeke, S., Dreher, C., Adam, M., Bencetic, D. & Limbacher, K. (2010). Akzeptanz von elektronischem Coaching in der psychosomatischen Rehabilitation. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 31, 274-287.
- Bischoff, C., Schmädeke, S. & Fuchsloch, L. (2014). Akzeptanz Smartphone-gestützter Rehabilitationsnachsorge bei depressiven Patienten. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 35.

- Blatt, S. J. (1995). The destructiveness of perfectionism: Implications for the treatment of depression. *American Psychologist*, 50, 1003-1020.
- Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation: für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Boy, A. V. & Pine, G. J. (1980). Avoiding counselor burnout through role renewal. *Personnel and Guidance Journal*, 59, 161-163.
- Brattberg, G. (2006). Internet-based rehabilitation for individuals with chronic pain and burnout: a randomized trial. *International Journal of Rehabilitation Research*, 29, 221-227.
- Brattberg, G. (2007). Internet-based rehabilitation for individuals with chronic pain and burnout II: a long-term follow-up. *International Journal of Rehabilitation Research*, 30, 231-234.
- Braunger, C., Kubiak, N., Müller, G., von Wietersheim, J. & Oster, J. (2015). Wirksamkeit von Nachsorgegesprächen via Telefon- und Face-to-Face-Kontakten nach der stationären psychosomatischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 54, 290-296.
- Bruhlmann, T. (2013). Burnout. Stress coping disorder and meaning of life crises. *Schmerz*, 27, 521-532.
- Bundespsychotherapeutenkammer (2011). BPtK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPtK http://www.bptk.de/uploads/media/110622_BPtK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie_01.pdf [16.03.2016].
- Bundespsychotherapeutenkammer (2012). Psychische Erkrankungen und Burnout. BPtK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit. www.bptk.de/uploads/media/20120606_AU-Studie-2012.pdf [15.08.2014].
- Burisch, M. (2014). *Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung*. (5. Aufl.). Berlin: Springer.
- Burns, D. D. (1980a). *Feeling good: The new mood therapy*. New York: Signet.

- Burns, D. D. (1980b). The perfectionist's script for self defeat. *Psychology Today*, 14, 34-52.
- Büssing, A. (1988). Autonomy and control at work. In Wallis, D. & Wolff, C. D. (Hrsg.), *Stress and organizational problems in hospitals* (S. 223-240). London: Croom & Helm.
- Büssing, A. & Perrar, K.-M. (1992). Die Messung von Burnout: Untersuchung einer deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D). *Diagnostica*, 38, 328-353.
- Caliskan, S. C., Arikan, S. C. & Saatci, E. Y. (2014). SMEs context of Turkey from the relational perspective of members' perfectionism, work family conflict and burnout. *International Journal of Business and Social Science*, 129-139.
- Chang, E. C. (2006). Conceptualization and measurement of adaptive and maladaptive aspects of performance perfectionism: Relations to personality, psychological functioning and academic achievement. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 677-697.
- Chen, L. H., Kee, Y. H., Chen, M.-Y. & Tsai, Y.-M. (2008). Relation of perfectionism with athletes' burnout: Further examination. *Perceptual and Motor Skills*, 106, 811-820.
- Chen, L. H., Kee, Y. H. & Tsai, Y.-M. (2009). An examination of the dual model of perfectionism and adolescent athlete burnout: A short-term longitudinal research. *Social Indicators Research*, 91, 189-201.
- Childs, J. H. & Stoeber, J. (2010). Self-oriented, other-oriented, and socially prescribed perfectionism in employees: Relationships with burnout and engagement. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 25, 269-281.
- Childs, J. H. & Stoeber, J. (2012). Do you want me to be perfect? Two longitudinal studies on socially prescribed perfectionism, stress and burnout in the workplace. *Work & Stress*, 26, 347-364.
- Chirkowska-Smolak, T. & Kleka, P. (2011). The Maslach Burnout Inventory–General Survey: Validation across different occupational groups in Poland. *Polish Psychological Bulletin*, 42, 86-94.

- Cillien, P., Fischbach, A., Mörsdorf, A., Scherp, E. & Schaufeli, W. B. (2006). *Maslach Burnout Inventory – General Survey Deutsche Version 1.0 (MBI-GS-D V1.0)*. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale: Erlbaum.
- Conroy, D. E., Kaye, M. P. & Fifer, A. M. (2007). Cognitive links between fear of failure and perfectionism. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 25, 237-253.
- D'Souza, F., Egan, S. J. & Rees, C. S. (2011). The relationship between perfectionism, stress and burnout in clinical psychologists. *Behaviour Change*, 28, 17-28.
- DAK (2014). Gesundheitsreport 2014. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. http://www.dak.de/dak/download/Vollstaendiger_bundesweiter_Gesundheitsreport_2014-1374196.pdf [1.11.2014].
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Vardakou, I. & Kantas, A. (2003). The convergent validity of two burnout instruments: A multitrait-multimethod analysis. *European Journal of Psychological Assessment*, 18, 296-307.
- Diamantopoulou, G. & Platsidou, M. (2014). Factorial validity and psychometric properties of the Greek version of the Almost Perfect Scale Revised (APS-R). *Hellenic Journal of Psychology*, 11, 123-137.
- DiBartolo, P. M., Li, C. Y. & Frost, R. O. (2008). How do the dimensions of perfectionism relate to mental health? *Cognitive Therapy and Research*, 32, 401-417.
- Diehl, J. M. & Staufenbiel, T. (2007). *Statistik mit SPSS Version 15*. Magdeburg: Klotz.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (2011). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis*. (5. Aufl.). Bern: Huber,.
- Döring, N. & Eichenberg, C. (2007). Klinisch-psychologische Interventionen mit Mobilmedien. Ein neues Praxis- und Forschungsfeld. *Psychotherapeut*, 52, 127-135.
- Downey, C. A., Reinking, K. R., Gibson, J. M., Cloud, J. A. & Chang, E. C. (2014). Perfectionistic cognitions and eating disturbance: Distinct mediational models for males and females. *Eating Behaviors*, 15, 419-426.

- Ebert, D., Tarnowski, T., Gollwitzer, M., Sieland, B. & Berking, M. (2013). A transdiagnostic internet-based maintenance treatment enhances the stability of outcome after inpatient cognitive behavioral therapy: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *82*, 246-256.
- Egan, S. J., van Noort, E., Chee, A., Kane, R. T., Hoiles, K. J., Shafran, R. & Wade, T. D. (2014a). A randomised controlled trial of face to face versus pure online self-help cognitive behavioural treatment for perfectionism. *Behaviour Research and Therapy*, *63*, 107-113.
- Egan, S. J., Wade, T. D. & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, *31*, 203-212.
- Egan, S. J., Wade, T. D., Shafran, R. & Antony, M. M. (2014b). *Cognitive-behavioral treatment of perfectionism*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Eisenberg, A. & Söllner, W. (2008). Burnout: Diagnose und Behandlungsansätze. *Psychologische Medizin*, *19*, 23-30.
- Elkuch, F. M., Haberthür, A. K., Hochstrasser, B., Holtforth, M. & Soyk, M. (2010). Langzeiteffekte einer stationären Burnouttherapie – eine Nachbefragung. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, *31*, 4 - 18.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Oxford, England: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1997). *Grundlagen und Methoden der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie*. Stuttgart: Pfeiffer.
- Ellis, A. (2002). The role of irrational beliefs in perfectionism. In Flett, G. L. & Hewitt, P. L. (Hrsg.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (S. 217–229). Washington, DC: American Psychological Association.
- Enns, M. W. & Cox, B. J. (2002). The nature and assessment of perfectionism: A critical analysis. In Flett, G. L. & Hewitt, P. L. (Hrsg.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (S. 33–62). Washington, DC: American Psychological Association.
- Enns, M. W., Cox, B. J. & Borger, S. C. (2001). Correlates of analogue and clinical depression: A further test of the phenomenological continuity hypothesis. *Journal of Affective Disorders*, *66*, 175-183.

- Enzmann, D. & Kleiber, D. (1989). *MBI Maslach Burnout Inventory - deutsche Fassung*. Heidelberg: Asanger.
- Fairlie, P. & Flett, G. L. (2003). *Perfectionism at work: Impacts on burnout, job satisfaction, and depression*. Poster presented at the 111th Annual Convention of the American Psychological Association, Toronto, Ontario, Canada.
- Farber, B. A. (2000). Introduction: Understanding and treating burnout in a changing culture. *Journal of Clinical Psychology, 56*, 589–594.
- Fichter, M. M., Quadflieg, N. & Lindner, S. (2014). Rückfallprophylaxe auf Internetbasis bei Anorexia nervosa – Längerfristiger Verlauf in einer Intent-To-Treat-Stichprobe. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 62*, 25-42.
- Fichter, M. M., Quadflieg, N., Nisslmüller, K., Lindner, S., Osen, B., Huber, T. & Wünsch-Leiteritz, W. (2012). Does internet-based prevention reduce the risk of relapse for anorexia nervosa? *Behaviour Research and Therapy, 50*, 180-190.
- Fichter, M. M., Quadflieg, N., Nisslmüller, K., Lindner, S., Voderholzer, U., Wünsch-Leiteritz, W., Osen, B., Huber, T., Zahn, S., Meermann, R., Irrgang, V. & Bleichner, F. (2011). Internetbasierte Ansätze in der Therapie von Essstörungen. *Nervenarzt, 82*, 1107-1117.
- Flaxman, P. E., Ménard, J., Bond, F. W. & Kinman, G. (2012). Academics' experiences of a respite from work: Effects of self-critical perfectionism and perseverative cognition on postrespite well-being. *Journal of Applied Psychology, 97*, 854-865.
- Flett, G. L. & Hewitt, P. L. (2002a). Perfectionism and maladjustment: An overview of theoretical, definitional and treatment issues. In Flett, G. L. & Hewitt, P. L. (Hrsg.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (S. 5-33). Washington, DC: American Psychological Association.
- Flett, G. L. & Hewitt, P. L. (2002b). *Perfectionism: Theory, research, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Flett, G. L. & Hewitt, P. L. (2008). Treatment interventions for perfectionism--A cognitive perspective: Introduction to the special issue. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 26*, 127-133.

- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K. R. & Gray, L. (1998). Psychological distress and the frequency of perfectionistic thinking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1363-1381.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K. R. & Koledin, S. (1991). Dimensions of perfectionism and irrational thinking. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 9, 185-201.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Demerjian, A., Sturman, E. D., Sherry, S. B. & Cheng, W. (2012a). Perfectionistic automatic thoughts and psychological distress in adolescents: An analysis of the perfectionism cognitions inventory. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 30, 91-104.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Whelan, T. & Martin, T. R. (2007). The Perfectionism Cognitions Inventory: Psychometric properties and associations with distress and deficits in cognitive self-management. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 25, 255-277.
- Flett, G. L., Madorsky, D., Hewitt, P. L. & Heisel, M. J. (2002b). Perfectionism cognitions, rumination, and psychological distress. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 20, 33-47.
- Flett, G. L., Molnar, D. S., Nepon, T. & Hewitt, P. L. (2012b). A mediational model of perfectionistic automatic thoughts and psychosomatic symptoms: The roles of negative affect and daily hassles. *Personality and Individual Differences*, 52, 565-570.
- Flett, G. L., Newby, J., Hewitt, P. L. & Persaud, C. (2011). Perfectionistic automatic thoughts, trait perfectionism, and bulimic automatic thoughts in young women. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 29, 192-206.
- Freudenberger, H. (1974). Staff burnout. *Society for the Psychological Study of Social Issues*, 30, 159-164.
- Freudenberger, H. J. & Richelson, G. (1983). *Mit dem Erfolg leben*. München: Heyne.
- Frost, R. O., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Mattia, J. I. & Neubauer, A. L. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 14, 119-126.

- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C. & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.
- Gardner, B., Rose, J., Tyler, P., Mason, O. & Cushway, D. (2005). Cognitive therapy and behavioural coping in the management of work-related stress: An intervention study. *Work and Stress*, 19, 137-152.
- Garner, D. M. (1991). *Eating Disorder Inventory. Professional Manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Golkaramnay, V., Bauer, S., Haug, S., Wolf, M. & Kordy, H. (2007). The exploration of the effectiveness of group therapy through an Internet chat as aftercare: A controlled naturalistic study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 219-225.
- Golkaramnay, V., Cicholas, B. & Vogler, J. (2010). Internetgestützte Nachsorge nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation. In Petermann, F. (Hrsg.), *Neue Ansätze in der psychosomatischen Rehabilitation* (S. 91-111). Regensburg: Roderer.
- Golkaramnay, V., Wangemann, T., Dogs, J., Dogs, P. & Kordy, H. (2003). Neue Brücken für Lücken in der psychotherapeutischen Versorgung durch das Internet: Hoffnungen, Herausforderungen und ein Lösungsansatz. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 53, 399-405.
- Gönner, S., Bischoff, C., Ehrhardt, M. & Limbacher, K. (2006). Effekte therapiezielorientierter kognitiv-verhaltenstherapeutischer Nachsorgemaßnahmen auf den Therapietransfer im Anschluss an eine stationäre psychosomatische Rehabilitationsbehandlung. *Rehabilitation*, 45.
- Gotwals, J. K., Dunn, J. G. H., Causgrove Dunn, J. & Gamache, V. (2010). Establishing validity evidence for the Sport Multidimensional Perfectionism Scale-2 in intercollegiate sport. *Psychology of Sport and Exercise*, 11, 423-432.
- Grosch, W. N. & Olsen, D. C. (2000). Clergy burnout: An integrative approach. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 619-632.
- Grossi, G., Perski, A., Osika, W. & Savic, I. (2015). Stress-related exhaustion disorder – clinical manifestation of burnout? A review of assessment methods, sleep impairments, cognitive disturbances, and neuro-biological and physiological changes in clinical burnout. *Scandinavian Journal of Psychology*.

- Grzegorek, J. L., Slaney, R. B., Franze, S. & Rice, K. G. (2004). Self-Criticism, Dependency, Self-Esteem, and Grade Point Average Satisfaction Among Clusters of Perfectionists and Nonperfectionists. *Journal of Counseling Psychology, 51*, 192-200.
- Gummesson, E. & Schöps, K. (2013). *Mir reicht's! So befreist du dich aus Perfektionismus und Burnout*. Weinheim: Beltz.
- Gündel, H. & Dammann, G. (2012). Mögliche Zusammenhänge von arbeitsbezogenen psychischen Erkrankungen (Burnout) und Störungen der Persönlichkeit. *Persönlichkeitsstörungen - Theorie und Therapie, 16*, 125-133.
- Haase, M., Frommer, J., Franke, G.-H., Hoffmann, T., Schulze-Muetzel, J., Jäger, S., Grabe, H.-J., Spitzer, C. & Schmitz, N. (2008). From symptom relief to interpersonal change: Treatment outcome and effectiveness in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research, 18*, 615-624.
- Hagemann, W. & Geuenich, K. (2009). Burnout-Screening-Skalen.
- Hajek, G. M. (1986). Burnout, Überdruss und Stress in der Arbeit des Schulpsychologen - eine Pilotstudie. In Heyse, H. (Hrsg.), *Erziehung in der Schule - Eine Herausforderung für die Schulpsychologie. Bericht über die 7. Bundeskonferenz für Schulpsychologie und Bildungsberatung Trier 1985* (S. 102-111). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of Normal and Neurotic Perfectionism. *Psychology: A Journal of Human Behavior, 15*, 27-33.
- Hamilton, T. K. & Schweitzer, R. D. (2000). The cost of being perfect: Perfectionism and suicide ideation in university students. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34*, 829-835.
- Handley, A. K., Egan, S. J., Kane, R. T. & Rees, C. S. (2015). A randomised controlled trial of group cognitive behavioural therapy for perfectionism. *Behaviour Research and Therapy, 68*, 37-47.
- Harfst, T. (2002). Nachsorgeempfehlungen in der psychosomatischen Rehabilitation - Empirische Analysen auf der Basis des einheitlichen Entlassungsberichts der Rentenversicherungsträger. *Rehabilitation, 41*, 407-414.

- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1994). *Beck-Depressions-Inventar (BDI)*. Bern: Huber.
- Hautzinger, M. & Bailer, M. (1993): Allgemeine Depressions Skala. Manual. Göttingen: Hogrefe.
- Hedderich, I. (2009). *Burnout. Ursachen, Formen, Auswege*. München: Beck.
- Heinemann, H. & Zimmermann, C. (2007). *Kurskonzept "work-life-Balancing" zur Prävention von Burnout bei berufstätigen Müttern und Vätern*. Hamburg: Institut für Burnout-Prävention.
- Hewitt, P. L. & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456-470.
- Hewitt, P. L. & Flett, G. L. (2002). Perfectionism and stress processes in psychopathology. In Flett, G. L. & Hewitt, P. L. (Hrsg.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment*. (S. 255-284). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L. & Ediger, E. (1996). Perfectionism and depression: Longitudinal assessment of a specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 276-280.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Turnbull-Donovan, W. & Mikail, S. F. (1991). The Multidimensional Perfectionism Scale: Reliability, validity, and psychometric properties in psychiatric samples. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 464-468.
- Hill, A. P. (2013). Perfectionism and burnout in junior soccer players: A test of the 2 x 2 model of dispositional perfectionism. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 35, 18-29.
- Hill, A. P. & Appleton, P. R. (2011). The predictive ability of the frequency of perfectionistic cognitions, self-oriented perfectionism, and socially prescribed perfectionism in relation to symptoms of burnout in youth rugby players. *Journal of Sports Sciences*, 29, 695-703.

- Hill, A. P., Hall, H. K. & Appleton, P. R. (2010). Perfectionism and athlete burnout in junior elite athletes: The mediating role of coping tendencies. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 23, 415-430.
- Hill, A. P., Hall, H. K., Appleton, P. R. & Murray, J. J. (2010). Perfectionism and burnout in canoe polo and kayak slalom athletes: The mediating influence of validation and growth-seeking. *The Sport Psychologist*, 24, 16-34.
- Hill, R. W., Huelsman, T. J., Furr, R. M., Kibler, J., Vicente, B. B. & Kennedy, C. (2004). A new measure of perfectionism: The Perfectionism Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 82, 80-91.
- Hillert, A., Koch, S. & Hedlund, S. (2007). *Stressbewältigung am Arbeitsplatz. Ein stationäres Gruppenprogramm*. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.
- Hillert, A. (2008). Burnout - Eine neue Krankheit? *Versicherungsmedizin*, 60, 163-169.
- Hillert, A. (2012). Wie wird Burn-out behandelt? Zwischen Wellness, berufsbezogener Stressprävention, Psychotherapie und Gesellschaftskritik. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 55, 190-196.
- Hillert, A. & Marwitz, M. (2006). *Die Burnout-Epidemie oder brennt die Leistungsgesellschaft aus?* München: Beck.
- Hillert, A. & Schmitz, E. (2004). *Psychosomatische Erkrankungen bei Lehrerinnen und Lehrern. Ursachen, Folgen, Lösungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Hochstrasser, B., von Bardeleben, U., Ruckstuhl, L. & Soyka, M. (2008). Therapie des Burnout. Theoretischer Hintergrund, Klinik und Darstellung eines stationären multimodalen Behandlungskonzeptes. *Nervenheilkunde*, 1-2, 11-24.
- Honkonen, T., Ahola, K., Pertovaara, M., Isometsä, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Aromaa, A. & Lönnqvist, J. (2006). The association between burnout and physical illness in the general population-results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 59-66.
- Houkes, I., Winants, Y. H. W. M. & Twellaar, M. (2008). Specific determinants of burnout among male and female general practitioners: A cross-lagged panel analysis. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 81, 249-276.

- Hrabluik, C., Latham, G. P. & McCarthy, J. M. (2012). Does role setting have a dark side? The relationship between perfectionism and maximum versus typical employee performance. *International Public Management Journal*, 15, 5-38.
- Huber, D. & Juen, F. (2013). Burn-out - Frage nach einer spezifischen Therapie. *Psychotherapeut*, 58, 125-135.
- Ilse, L., Berberich, G., Konermann, J., Piesbergen, C. & Zaudig, M. (2014). Persönlichkeitsfacetten im DSM-5: Klinische Relevanz bei stressassoziierten Erkrankungen. *Persönlichkeitsstörungen - Theorie und Therapie*, 18, 59-66.
- Jackson, S. E., Schwab, R. L. & Schuler, R. S. (1986). Toward an understanding of the burnout phenomenon. *Journal of Applied Psychology*, 71, 630-640.
- Jacobi, F. (2011). Entwicklung und Beurteilung therapeutischer Interventionen. In Wittchen, H.-U. & Hoyer, J. (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 609-640). Berlin: Springer.
- Jaggi, F. (2008). *Burnout-Praxisnah*. Stuttgart: Thieme.
- Jowett, G. E., Hill, A. P., Hall, H. K. & Curran, T. (2013). Perfectionism and junior athlete burnout: The mediating role of autonomous and controlled motivation. *Sport, Exercise, and Performance Psychology*, 2, 48-61.
- Kaluza, G. (2005). *Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung*. Heidelberg: Springer.
- Kammer, D. (1983). Eine Untersuchung der psychometrischen Eigenschaften des deutschen Beck-Depressionsinventars (BDI). *Diagnostica*, 29, 48-60.
- Kapfhammer, H.-P. (2011). Somatoforme Störungen. In Möller, H., Laux, G. & Kapfhammer, H. (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. (4. Aufl., S. 733-884.). Heidelberg: Springer.
- Kapfhammer, H. (2012). Burnout - Krankheit oder Symptom? *Internist*, 53, 1276-1288.
- Kaschka, W. P., Korczak, D. & Broich, K. (2011). Burnout: a Fashionable Diagnosis. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108, 781-787.

- Kazemi, A. & Ziaaddini, M. (2014). Relationship between Perfectionism, Psychological Hardiness, and Job Burnout of Employees at Executive Organizations. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 4, 160-170.
- Kernen, H. (2005). *Arbeit als Ressource: gesund und leistungsfähig dank persönlichem und betrieblichem Ressourcenmanagement*. Bern: Haupt.
- Kiraz, A. & Özyurtlu, R. (2014). Determination of the burnout levels and perfectionism levels in science teachers. *Cypriot Journal of Educational Sciences*, 9, 117-128.
- Kirchmann, H. & Steyer, R. (2012). Evaluation von Behandlungseffekten in quasi-experimentellen Studien. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 62, 149-151
- Kitaoka-Higashiguchi, K., Nakagawa, H., Morikawa, Y., Ishizaki, M., Miura, K., Naruse, Y., Kido, T. & Higashiyama, M. (2004). Construct validity of the Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 20, 255-260.
- Kitaoka-Higashiguchi, K., Ogino, K. & Masuda, S. (2004). Validation of Japanese research version of Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Japanese Journal of Psychology*, 75, 415-419.
- Knaus, W., Parr, V. E. & Ellis, A. (2014). The role of irrational beliefs in perfectionism. In Carlson, J. & Knaus, W. (Hrsg.), *Albert Ellis revisited*. (S. 158-173). New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Kobelt, A. (2004). Ambulante psychosomatische Nachsorge nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation (Curriculum Hannover): Erste Ergebnisse der Fünfjahreskatamnese. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 36, 845-855.
- Kobelt, A. (2015). Nachsorge. In Schmid-Ott, G., Wiegand-Grefe, S., Jacobi, C., Paar, G. H., Meermann, R. & Lamprecht, F. (Hrsg.), *Rehabilitation in der Psychosomatik* (2. Aufl., S. 547-563). Stuttgart: Schattauer.
- Kobelt, A. & Grosch, E. (2005). Indikation zur ambulanten Nachsorge (Curriculum Hannover) in der Psychosomatischen Rehabilitation. *Psychotherapeut*, 50, 340-346.

- Kobelt, A., Grosch, E. & Lamprecht, F. (2002). *Ambulante psychosomatische Nachsorge*. Stuttgart: Schattauer.
- Kobelt, A., Grosch, E. V., Lamprecht, F., Hentschel, H.-J. & Schmid-Ott, G. (2001). *Ambulante psychosomatische Nachsorge: Integratives Trainingsprogramm nach stationärer Rehabilitation*. Stuttgart: Schattauer.
- Kobelt, A., Nickel, L., Grosch, E. V., Lamprecht, F. & Künsebeck, H.-W. (2004). Inanspruchnahme psychosomatischer Nachsorge nach stationärer Rehabilitation. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 54, 58-64.
- Kobelt, A. & Schmid-Ott, G. (2010). Results of long-term follow-up study of inpatient psychotherapy followed by systematic outpatient psychotherapeutic aftercare. *Psychology, Health & Medicine*, 15, 94-104.
- Kobelt, A., Schmid-Ott, G., Künsebeck, H.-W., Grosch, E., Hentschel, J., Malewski, P. & Lamprecht, F. (2000). Bedingungen erfolgreicher ambulanter Nachsorge nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 13, 16-23.
- Koch, S., Hedlund, S., Rosenthal, S. & Hillert, A. (2006). Stressbewältigung am Arbeitsplatz: Ein stationäres Gruppentherapieprogramm. *Verhaltenstherapie*, 16, 7-15.
- Koch, U. & Broich, K. (2012). Das Burn-out-Syndrom. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 2, 161.
- Koch, U. & Schulz, H. (2015). Weiterentwicklung in der psychosomatischen Rehabilitation. In Schmid-Ott, G., Wiegand-Grefe, S., Jacobi, C., Paar, G. H., Meermann, R. & Lamprecht, F. (Hrsg.), *Rehabilitation in der Psychosomatik* (2. Aufl., S. 547-563). Stuttgart: Schattauer.
- Kokkinos, C. M. (2007). Job stressors, personality and burnout in primary school teachers. *British Journal of Educational Psychology*, 77, 229-243.
- Köpke, K.-H. (2007). Unverzichtbar und unterschätzt - Nachsorge als integraler Teil der Rehabilitation - Reha-Leistungen in der gesetzlichen Rentenversicherung verstärkt auf Nachhaltigkeit ausrichten. *Deutsche Rentenversicherung*, 62, 790-801.

- Korczak, D., Wastian, M. & Schneider, M. (2012). *Therapie des Burnout-Syndroms*. Köln: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).
- Korczak, D. & Huber, B. (2012). Burn-out. Kann man es messen? *Bundesgesundheitsblatt*, 55, 164-171.
- Korczak, D., Kister, C. & Huber, B. (2010). *Differentialdiagnostik des Burnout-Syndroms*. Köln: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).
- Kordy, H. (2004). Das Internet in der psychosozialen Versorgung: Neue Mode - Neues Glück? *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 54, 43-44.
- Kordy, H. (2008). Kommunikationstechnologien zur Optimierung der Gesundheitsversorgung. In Bauer, S. & Kordy, H. (Hrsg.), *E-Mental-Health. Neue Medien in der psychosozialen Versorgung* (S. 325-339). Berlin: Springer.
- Kordy, H., Golkaramnay, V., Wolf, M., Haug, S. & Bauer, S. (2006). Internetchatgruppen in Psychotherapie und Psychosomatik. Akzeptanz und Wirksamkeit einer Internet-Brücke zwischen Fachklinik und Alltag. *Psychotherapeut*, 51, 144-153.
- Kordy, H., Theis, F. & Wolf, M. (2011). Moderne Informations- und Kommunikationstechnologie in der Rehabilitation. Mehr Nachhaltigkeit durch Internetvermittelte Nachsorge. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 54, 458-464.
- Körner, S. C. (2003). *Das Phänomen Burnout am Arbeitsplatz Schule*. Berlin: Logos.
- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E. & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work and Stress*, 19, 192-207.
- Kurth, B. M. (2012). Erste Ergebnisse aus der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS). Stress, Schlafstörungen, Depression und Burn-out: Wie belastet sind wir? *Bundesgesundheitsblatt*, 55, 980-990.
- Lamprecht, F., Kobelt, A., Künsebeck, H.-W., Grosch, E. & Schmid-Ott, G. (1999). Ergebnisse der 1-Jahres-Katamnese einer ambulanten wohnortnahen Nachsorge nach stationärer Psychosomatischer Rehabilitation. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 49, 387-391.

- Langballe, E. M., Falkum, E., Innstrand, S. T. & Aasland, O. G. (2006). The Factorial Validity of the Maslach Burnout Inventory-General Survey in Representative Samples of Eight Different Occupational Groups. *Journal of Career Assessment*, 14, 370-384.
- Lange, A., van de Ven, J. P., Schrieken, B. & Smit, M. (2004). 'Interapy' burnout: Prevention and therapy of burnout via the Internet. *Verhaltenstherapie*, 14, 190-199.
- Lehofer, M., Glehr, M., Haring, C., Jiménez, P., Kasper, S., Lalouschek, W., Marksteiner, J. & Musalek, M. (2011). Burnout & Depression. Ein Leitfadens zur Prävention, Früherkennung und Behandlung. Experten-Statement. *Internationale Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, 9, 2-12.
- Leiter, M. P. & Schaufeli, W. B. (1996). Consistency of the burnout construct across occupations. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 9, 229-243.
- Li, X., Hou, Z.-J., Chi, H.-Y., Liu, J. & Hager, M. J. (2014). The mediating role of coping in the relationship between subtypes of perfectionism and job burnout: A test of the 2×2 model of perfectionism with employees in China. *Personality and Individual Differences*, 58, 65-70.
- Limm, H., Gündel, H., Heinmüller, M., Marten-Mittag, B., Nater, U., Siegrist, J. & Angerer, P. (2011). Stress management interventions in the workplace improve stress reactivity: a randomised controlled trial. *Occupational and Environmental Medicine*, 68, 126-133.
- Litzcke, S. M. & Schuh, H. (2007). *Stress, Mobbing und Burn-out am Arbeitsplatz* (4. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Lloyd, S., Schmidt, U., Khondoker, M. & Tchanturia, K. (2015). Can psychological interventions reduce perfectionism? A systematic review and meta-analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43, 705-731.
- Lo, A. & Abbott, M. J. (2013). Review of the theoretical, empirical, and clinical status of adaptive and maladaptive perfectionism. *Behaviour Change*, 30, 96-116.
- Lohmer, M. (2013). Burn-out im Spannungsfeld von Persönlichkeit und Organisationsstruktur. 58, 117-124.

- Lohmer, M., Sprenger, B. & von Wahlert, J. (2012). *Gesundes Führen. Life-Balance vs Burnout im Unternehmen*. Stuttgart: Schattauer.
- Luo, Y., Wang, Z., Zhang, H., Chen, A. & Quan, S. (2016). The effect of perfectionism on school burnout among adolescence: The mediator of self-esteem and coping style. *Personality and Individual Differences*, 88, 202-208.
- Mäkikangas, A., Hättinen, M., Kinnunen, U. & Pekkonen, M. (2011). Longitudinal factorial invariance of the Maslach Burnout Inventory-General Survey among employees with job-related psychological health problems. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 27, 347-352.
- Maslach, C. (1978). Job burnout. How people cope. *Public Welfare*, 36, 56-58.
- Maslach, C. (2003). Job burnout: New directions in research and intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 12, 189-192.
- Maslach, C. & Jackson, S. (1981). *The Maslach Burnout Inventory (Human Services Survey)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Jackson, S. E. & Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. & Leiter, M. P. (2001). *Die Wahrheit über Burnout. Stress am Arbeitsplatz und was Sie dagegen tun können*. Wien: Springer.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. & Marek, T. (1993). *Burnout: A multidimensional perspective. In Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Philadelphia, PA: Taylor & Francis.
- McCray, L. W., Cronholm, P. F., Bogner, H. R., Gallo, J. J. & Neill, R. A. (2008). Resident physician burnout: is there hope? *Family Medicine*, 40, 626-632.
- Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., Berliner, S. & Shapira, I. (2006). Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychological Bulletin*, 132, 132.

- Melchior, M., Caspi, A., Milne, B. J., Danese, A., Poulton, R. & Moffitt, T. E. (2007). Work stress precipitates depression and anxiety in young, working women and men. *Psychological Medicine*, 37, 1119-1129.
- Metzler, P. & Krause, B. (1997). Methodischer Standard bei Studien zur Therapieevaluation. *Methods of Psychological Research Online* 2, 55-67.
- Mitchelson, J. K. (2009). Seeking the perfect balance: Perfectionism and work–family conflict. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 82, 349-367.
- Mitchelson, J. K. & Burns, L. R. (1998). Career mothers and perfectionism: Stress at work and at home. *Personality and Individual Differences*, 25, 477-485.
- Mobley, M., Slaney, R. B. & Rice, K. G. (2005). Cultural validity of the Almost Perfect Scale - Revised for African American college students. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 629-639.
- Mommersteeg, P. M. C., Heijnen, C. J., Kavelaars, A. & van Doornen, L. J. P. (2006). Immune and Endocrine Function in Burnout Syndrome. *Psychosomatic Medicine*, 68, 879-886.
- Mushquash, A. R. & Sherry, S. B. (2012). Understanding the socially prescribed perfectionist's cycle of self-defeat: A 7-day, 14-occasion daily diary study. *Journal of Research in Personality*, 46, 700-709.
- Nakano, K. (2009). Perfectionism, self-efficacy, and depression: Preliminary analysis of the Japanese version of the Almost Perfect Scale-Revised. *Psychological Reports*, 104, 896-908.
- Nienhaus, K. (2006). Kosten und Nutzen von Psychotherapie beim Burn-out-Syndrom und psychosomatischen Folgeerkrankungen bei Mobbing. *Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin*, 41, 425-429.
- Pacht, A. R. (1984). Reflections on perfection. *American Psychologist*, 39, 386-390.
- Parker, W. D. & Adkins, K. K. (1995). A psychometric examination of the Multidimensional Perfectionism Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 17, 323-334.

- Philp, M., Egan, S. & Kane, R. (2012). Perfectionism, over commitment to work, and burnout in employees seeking workplace counselling. *Australian Journal of Psychology*, 64, 68-74.
- Pirbaglou, M., Cribbie, R., Irvine, J., Radhu, N., Vora, K. & Ritvo, P. (2013). Perfectionism, anxiety, and depressive distress: Evidence for the mediating role of negative automatic thoughts and anxiety sensitivity. *Journal of American College Health*, 61, 477-483.
- Rachman, S. J. & Hodgson, R. J. (1980). *Obsession and compulsions*. Englewood Cliffs, NJ Prentice-Hall.
- Radhu, N., Daskalakis, Z. J., Arpin-Cribbie, C. A., Irvine, J. & Ritvo, P. (2012). Evaluating a web-based cognitive-behavioral therapy for maladaptive perfectionism in university students. *Journal of American College Health*, 60, 357-366.
- Raedeke, T. D. & Smith, A. L. (2009). *The Athlete Burnout Questionnaire manual*. Morgantown, WV: Fitness Information Technology.
- Rasch, B., Frieze, M., Hofmann, W. J. & Naumann, E. (2006). *Quantitative Methoden* (Bd. 2). Heidelberg: Springer.
- Renner, W., Salem, L. & Scholz, H. (2009). Nachbetreuung von Patientinnen und Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen - Eine Pilotstudie zu einem Kooperationsprojekt zwischen Klinik und Universität. *Praxis klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 22, 106-110.
- Rheaume, J., Freeston, M. H., Dugas, M. J., Letarte, H. & Ladouceur, K. (1995). Perfectionism, responsibility and obsessive compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 785-794.
- Rheaume, J., Freeston, M. H., Ladouceur, R., Bouchard, C., Gallant, L., Talbot, F. & Vallieres, A. (2000). Functional and dysfunctional perfectionists: Are they different on compulsive like behaviours? *Behaviour Research and Therapy*, 38, 119-128.
- Rice, K. G. & Slaney, R. B. (2002). Clusters of perfectionists: Two studies of emotional adjustment and academic achievement. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 35, 35-48.

- Richter, P. (1991). *Zur Konstruktvalidität des Beck-Depressionsinventars bei der Erfassung depressiver Verläufe*. Regensburg: Roderer.
- Richter, P., Werner, J. & Bastine, R. (1994). Psychometrische Eigenschaften des Beck-Depressionsinventars (BDI): Ein Überblick. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 23, 3-19.
- Riley, C., Lee, M., Cooper, Z., Fairburn, C. G. & Shafran, R. (2007). A randomised controlled trial of cognitive-behaviour therapy for clinical perfectionism: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2221-2231.
- Robinson, S., Perkins, S., Bauer, S., Hammond, N., Treasure, J. & Schmidt, U. (2006). Aftercare intervention through text-messaging in the treatment of bulimia nervosa - feasibility pilot. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 633-638.
- Roelofs, J., Verbraak, M., Keijsers, G. P. J., de Bruin, M. B. N. & Schmidt, A. J. M. (2005). Psychometric properties of a Dutch version of the Maslach Burnout Inventory General Survey (MBI-DV) in individuals with and without clinical burnout. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 21, 17-25.
- Röhrle, B. (1988). *Fragebogen zur verhaltenstherapeutischen Diagnostik depressiver Störungen. Ein Kompendium*. Tübingen: DGVT.
- Rösing, I. (2003). *Ist die Burnout-Forschung ausgebrannt? Analyse und Kritik der internationalen Burnout-Forschung*. Kröning: Asanger.
- Rössler, W., Hengartner, M. P., Ajdacic-Gross, V. & Angst, J. (2013). Zusammenhang zwischen Burnout und Persönlichkeit. Ergebnisse aus der Zürich-Studie. *Der Nervenarzt*, 84, 799-805.
- Rowe, M. M. (2000). Skills training in the long-term management of stress and occupational burnout. *Current Psychology*, 19, 215-228.
- Ruotsalainen, J., Serra, C., Marine, A. & Verbeek, J. (2008). Systematic review of interventions for reducing occupational stress in health care workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 34, 169-178.

- Ruwaard, J., Lange, A., Schrieken, B., Dolan, C. V. & Emmelkamp, P. (2012). The Effectiveness of Online Cognitive Behavioral Treatment in Routine Clinical Practice. *PLoS ONE*, 7.
- Sass, H., Wittchen, H. U. & Zaudig, M. (2001). *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Sassaroli, S., Lauro, L. J. R., Ruggiero, G. M., Mauri, M. C., Vinai, P. & Frost, R. (2008). Perfectionism in depression, obsessive-compulsive disorder and eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 757-765.
- Schaarschmidt, U. & Fischer, A. W., (2008). *AVEM - Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster. Handanweisung*. Dritte überarbeitete und erweiterte Auflage. Frankfurt: Perarson.
- Schaufeli, W. B., Bakker, A., Schaap, C., Kladler, A. & Hoogduin, C. A. L. (2001). On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the Burnout Measure. *Psychology & Health*, 16, 565-582.
- Schaufeli, W. B. & Enzmann, D. (1998). *The Burnout Companion to Study and Practice. A Critical Analysis*. London: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., Maslach, C. & Jackson, S. (1996). The MBI-General Survey. In Maslach, C., Jackson, S. & Leiter, M. (Hrsg.), *Maslach Burnout Inventory. Manual* (3. Aufl., S. 19-26). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Schmädeke, S. & Bischoff, C. (2015). Wirkungen smartphonegestützter psychosomatischer Rehabilitationsnachsorge (eATROS) bei depressiven Patienten. *Verhaltenstherapie - Praxis, Forschung, Perspektiven*, 25, 277-286.
- Schmitt, M., Altstötter-Gleich, C., Hinz, A., Maes, J. & Brähler, E. (2006). Normwerte für das Vereinfachte Beck-Depressions-Inventar (BDI-V) in der Allgemeinbevölkerung. *Diagnostica*, 52, 51-59.
- Schmitt, M., Beckmann, M., Dusi, D., Maes, J., Schiller, A. & Schonauer, K. (2003). Messgüte des vereinfachten Beck-Depressions-Inventars (BDI-V). *Diagnostica*, 49, 147-156.

- Schmitt, M. & Maes, J. (2000). Vorschlag zur Vereinfachung des Beck-Depressions-Inventars (BDI). *Diagnostica*, 46, 38-46.
- Schnell, R., Hill, P. B. & Esser, E. (2005). *Methoden der empirischen Sozialforschung* (7. Aufl.). München: Oldenbourg.
- Schröder, J.-P. (2006). *Wege aus dem Burnout. Möglichkeiten der nachhaltigen Veränderung*. Berlin: Cornelsen Verlag.
- Schutte, N., Toppinen, S., Kalimo, R. & Schaufeli, W. (2000). The factorial validity of the Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS) across occupational groups and nations. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 73, 53-66.
- Schwenke, T. J. (2013). *The relationships between perfectionism, stress, coping resources, and burnout among sign language interpreters*. Counseling and Psychological Services Dissertations., US.
- Schwenke, T. J., Ashby, J. S. & Gnilka, P. B. (2014). Sign language interpreters and burnout: The effects of perfectionism, perceived stress, and coping resources. *Interpreting*, 16, 209-232.
- Shafran, R., Cooper, Z. & Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: a cognitive behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 773-791.
- Shafran, R. & Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*, 21, 879-906.
- Shimizutani, M., Odagiri, Y., Ohya, Y., Shimomitsu, T., Kristensen, T. S., Maruta, T. & Iimori, M. (2008). Relationship of nurse burnout with personality characteristics and coping behaviors. *Industrial Health*, 46, 326-335.
- Shu-Shen, S. (2012). An examination of academic burnout versus work engagement among Taiwanese adolescents. *The Journal of Educational Research*, 105, 286-298.
- Siegrist, J. (2013). Berufliche Gratifikationskrisen und depressive Störungen. Aktuelle Forschungsevidenz. *Nervenarzt*, 84, 33-37.
- Slaney, R. B. & Ashby, J. S. (1996). Perfectionists: Study of a criterion group. *Journal of Counseling & Development*, 74, 393-398.

- Slaney, R. B., Ashby, J. S. & Trippi, J. (1995). Perfectionism: Its measurement and career relevance. *Journal of Career Assessment*, 3, 279-297.
- Slaney, R. B. & Johnson, D. G. (1992). *The Almost Perfect Scale*. University Park, PA: Pennsylvania State University.
- Slaney, R. B., Rice, K. G. & Ashby, J. S. (2002). A programmatic approach to measuring perfectionism: The Almost Perfect Scales. In Flett, G. L. & Hewitt, P. L. (Hrsg.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment*. (S. 63-88). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Slaney, R. B., Rice, K. G., Mobley, M., Trippi, J. & Ashby, J. S. (2001). The Revised Almost Perfect Scale. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 34, 130-145.
- Söllner, W. (2012). Burnout und Depression. *Psychologische Medizin*, 23, 3-5.
- Söllner, W., Lange, B. & Albrecht, L. (2012). Welche Patienten werden in einer psychosomatischen Burnout-Behandlungseinheit behandelt? Beschreibung der Patientenstichprobe und erste Ergebnisse der Evaluation der Behandlung. *Psychologische Medizin*, 23, 18-25.
- Spitzer, N. (2011). Die therapeutische Verringerung einer modernen Tugend? Perfektionismus kognitiv umstrukturieren. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 43, 105-120.
- Spitzer, N. (2014). Perfektionismus und seine vielfältigen Folgen. DGVT Kongress Berlin. <http://www.psychotherapeutische-praxis-nils-spitzer.de/downloads/> [20.08.2014].
- Steele, A. L., Waite, S., Egan, S. J., Finnigan, J., Handley, A. & Wade, T. D. (2013). Psychoeducation and group cognitive-behavioural therapy for clinical perfectionism: A case-series evaluation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41, 129-143.
- Steffanowski, A. (2007). *Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Meta-Studie*. Bern: Huber.
- Stock, C. (2010). *Burnout - Erkennen und verhindern*. Freiburg: Haufe.

- Stoeber, J. & Damian, L. E. (2016). Perfectionism in employees: Work engagement, workaholism, and burnout. In Sirois, F. M., Molnar, D. S., Sirois, F. M. & Molnar, D. S. (Hrsg.), *Perfectionism, health, and well-being*. (S. 265-283). Cham, Switzerland: Springer International Publishing.
- Stoeber, J., Feast, A. R. & Hayward, J. A. (2009). Self-oriented and socially prescribed perfectionism: Differential relationships with intrinsic and extrinsic motivation and test anxiety. *Personality and Individual Differences*, *47*, 423-428.
- Stoeber, J., Kobori, O. & Brown, A. (2014). Perfectionism cognitions are multidimensional: A reply to Flett and Hewitt (2014). *Assessment*, *21*, 666-668.
- Stoeber, J. & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*, *10*, 295-319.
- Stoeber, J. & Rennert, D. (2008). Perfectionism in school teachers: Relations with stress appraisals, coping styles, and burnout. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, *21*, 37-53.
- Stoeber, J. & Stoeber, F. S. (2009). Domains of perfectionism: Prevalence and relationship with perfectionism, gender, age, and satisfaction with life. *Personality and Individual Differences*, *46*, 530-535.
- Storm, K. & Rothmann, S. (2003). A psychometric analysis of the Maslach Burnout Inventory-General Survey in the South African police service. *South African Journal of Psychology*, *33*, 219-226.
- Swider, B. W. & Zimmerman, R. D. (2010). Born to burnout: A meta-analytic path model of personality, job burnout, and work outcomes. *Journal of Vocational Behavior*, *76*, 487-506.
- Taris, T. W. (2006). Is there a relationship between burnout and objective performance? A critical review of 16 studies. *Work & Stress*, *20*, 316-334.
- Taris, T. W., van Beek, I. & Schaufeli, W. B. (2010). Why do perfectionists have a higher burnout risk than others? The mediational effect of workaholism. *Romanian Journal of Applied Psychology*, *12*, 1-7.

- Tashman, L. S., Tenenbaum, G. & Eklund, R. (2010). The effect of perceived stress on the relationship between perfectionism and burnout in coaches. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 23, 195-212.
- Taylor, S., Coles, M. E., Abramowitz, J. S., Wu, K. D., Olatunji, B. O., Timpano, K. R., McKay, D., Kim, S.-K., Carmin, C. & Tolin, D. F. (2010). How are dysfunctional beliefs related to obsessive-compulsive symptoms? *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 24, 165-176.
- Van der Klink, J. J., Blonk, R. W., Schene, A. H. & van Dijk, F. J. (2001). The benefits of interventions for work-related stress. *American Journal of Public Health*, 91, 270-276.
- Van Yperen, N. W., Verbraak, M. & Spoor, E. (2011). Perfectionism and clinical disorders among employees. *Personality and Individual Differences*, 50, 1126-1130.
- Vandiver, B. J. & Worrell, F. C. (2002). The reliability and validity of scores on the almost perfect scale - Revised with academically talented middle school students. *Journal of Secondary Gifted Education*, 13, 108-119.
- Voltmer, E., Schwappach, D. L., Frank, E., Wirsching, M. & Spahn, C. (2010). Work-related behavior and experience patterns and predictors of mental health in German physicians in medical practice. *Family Medicine*, 42, 433-439.
- von Känel, R. (2008). Das Burnout-Syndrom: eine medizinische Perspektive. *Praxis*, 97, 477-487.
- Walter, U., Krugmann, C. S. & Plaumann, M. (2012). Burn-out wirksam prävenieren? Ein systematischer Review zur Effektivität individuumbezogener und kombinierter Ansätze. *Bundesgesundheitsblatt*, 55, 172-182.
- Whisman, M. A. (1990). The efficacy of booster maintenance sessions in behavior therapy: review and methodological critique. *Clinical Psychology Review*, 10, 155-170.
- Wimberley, T. E. & Stasio, M. J. (2013). Perfectionistic thoughts, personal standards, and evaluative concerns: Further investigating relationships to psychological distress. *Cognitive Therapy and Research*, 37, 277-283.

- Wolf, M., Maurer, W.-J., Dogs, P. & Kordy, H. (2006). E-mail in der Psychotherapie - ein Nachbehandlungs-Modell via Electronic Mail für die stationäre Psychotherapie. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 56, 138-146.
- Wolf, M., Zimmer, B. & Dogs, P. (2008). Chat- und E-Mail-Brücke: Nachsorge nach stationärer Psychotherapie. In Bauer, S. & Kordy, H. (Hrsg.), *E-Mental-Health. Neue Medien in der psychosozialen Versorgung* (S. 219-235). Berlin: Springer.
- Zaindl, M. & Söllner, W. (2012). Stationäre und tagesklinische psychosomatische Behandlungsstrategien bei Burnout. *Psychologische Medizin*, 23, 11-17.
- Zapf, D. (2002). Emotion work and psychological wellbeing. A review of the literature and some conceptual considerations. *Human Resource Management Review*, 12, 237-268.
- Zaudig, M., Berberich, G. & Konermann, J. (2012). Persönlichkeit und Burnout - eine Übersicht. *Persönlichkeitsstörungen - Theorie und Therapie*, 16, 75-84.
- Zepf, S., Mengele, U. & Marx, A. (2001). *Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgungslage in der Bundesrepublik Deutschland*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Zhang, Y., Gan, Y. & Cham, H. (2007). Perfectionism, academic burnout and engagement among Chinese college students: A structural equation modeling analysis. *Personality and Individual Differences*, 43, 1529-1540.
- Zielke, M. (2009). Die psychotherapeutische Ambulanz im Vorfeld und im Nachgang stationärer verhaltensmedizinischer Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen in der Psychosomatik - Differenzielle Zuweisungen und Krankheitsverläufe. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 22, 84-108.
- Zielke, M. (2015). Kosten-Nutzen der psychosomatischen Rehabilitation aus gesundheitsökonomischer Perspektive. In Schmid-Ott, G., Wiegand-Grefe, S., Jacobi, C., Paar, G. H., Meermann, R. & Lamprecht, F. (Hrsg.), *Rehabilitation in der Psychosomatik* (2. Aufl., S. 493-546). Stuttgart: Schattauer.

12 Anhang

12.1 Informationsblatt



Perfektionismusstudie



Nachsorge im Anschluss stationärer Behandlung

Patienteninformation zur Teilnahme an wissenschaftlicher Studie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Schön Klinik ist kontinuierlich bemüht, bestehende erfolgreiche Behandlungsmethoden weiter zu verbessern.

Hiermit laden wir Sie herzlich ein, an einer wissenschaftlichen Studie über Perfektionismus teilzunehmen.

Wer kann an der Studie teilnehmen?

Es werden Patienten/innen eingeladen, die mittlere bis hohe Ausprägungen in der Eigenschaft Perfektionismus zeigen sowie an einem Burnout-Syndrom leiden.

Was ist der Zweck der o.g. Studie?

Ziel der Studie ist es, über den Entlassungszeitpunkt hinaus, den Erfolg unserer stationären psychosomatischen Behandlung zu überprüfen. Zudem soll untersucht werden, inwiefern sich mittels eines individuellen SMS-Coaching-Programms der Behandlungserfolg nachhaltig stabilisieren bzw. ausbauen lässt.

Worin liegt der Nutzen einer Teilnahme an der Klinischen Studie?

Durch die Teilnahme an der Studie unterstützen Sie die wissenschaftliche Untersuchungen von Perfektionismus, die Untersuchung eines möglichen Zusammenhangs von Perfektionismus und psychischen Krankheitsbildern sowie die Ableitung von Therapieansätzen. Außerdem tragen Sie durch Ihr Feedback dazu bei, die Nachsorge für zukünftige Patienten zu optimieren.

Wie läuft die klinische Studie ab?

Die Studienteilnehmer/innen werden zufällig einer von zwei Bedingungen zugeteilt:

- Fragebogenuntersuchung im Anschluss an die Entlassung
- Fragebogenuntersuchung und individualisierte SMS im Anschluss an die Entlassung

In allen zwei Bedingungen füllen die Teilnehmer/innen sechs Wochen nach Entlassung sowie nach weiteren 4 Wochen einen Fragebogen aus (analog der im stationären Setting bereits durchgeführten Fragebogenuntersuchung mit Fallnummer). Darüber hinaus erfolgt ein Telefoninterview. Die Bearbeitung des Fragebogenpaketes dauert ca. 20-40 Minuten. Das Telefoninterview findet einmalig 10 Wochen nach Behandlungsende statt. Das Interview dauert ca. 20-30 Minuten.

In der zweiten Bedingung erhalten die Teilnehmer/innen zusätzlich SMS über einen Gesamtzeitraum von sechs Wochen. Die SMS werden noch während des Aufenthalts unter psychotherapeutischer Anleitung für jede Teilnehmerin/jeden Teilnehmer individuell formuliert.

Die Teilnahme an der Studie erfolgt freiwillig. Sie können Ihre Teilnahme an der Studie jederzeit ohne Angabe von Gründen beenden, in dem sie eine E-Mail an mortmann@schönkliniken.de schicken. Die Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Ausscheiden aus dieser Studie hat keine nachteiligen Folgen für Sie.

Gibt es bisher bekannte Risiken, Beschwerden und Begleiterscheinungen?

Nein.

Einnahme von Arzneimitteln?

Die Studienteilnahme hat keinen Einfluss darauf, welche Medikamente Sie nehmen.

In welcher Weise werden die im Rahmen dieser klinischen Studie gesammelten Daten verwendet?

Die Personen, die Zugang zu vertraulichen Daten haben, unterliegen der Schweigepflicht. Jegliche Daten (z. B. E-Mail-Adresse und Telefonnummer) werden streng vertraulich behandelt. Die Weitergabe der Daten erfolgt ausschließlich zu statistischen Zwecken und Sie werden ausnahmslos darin nicht namentlich genannt. Auch in etwaigen Veröffentlichungen der Daten dieser klinischen Studie werden Sie nicht namentlich genannt. Die Daten zwischen Ihnen und den wissenschaftlichen Mitarbeitern der Studie werden mit einer sicheren und aktuellen Verschlüsselungstechnik übertragen.

Entstehen für die Teilnehmer/innen Kosten?

Nein, durch Ihre Teilnahme an dieser klinischen Studie entstehen für Sie keinerlei Kosten.

Möglichkeit zur Diskussion weiterer Fragen

Für weitere Fragen im Zusammenhang mit dieser klinischen Studie steht Ihnen der Studienleiter gerne zur Verfügung:

Dipl.-Psych. M. R. Ortmann, Raum T226, Tel.: 05691 6238-3028

12.2 Einwilligungserklärung



Perfektionismusstudie



Nachsorge im Anschluss stationärer Behandlung

Einwilligungserklärung

Ich wurde von der verantwortlichen Person für die oben genannte Studie aufgeklärt. Ich habe das Informationsschreiben erhalten, gelesen und verstanden. Ich hatte die Möglichkeit Fragen zu stellen. Ich bin darüber informiert worden, dass die Zuteilung zu einer der beiden Studienbedingungen (mit/ohne SMS) zufällig erfolgt. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an der Studie zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme freiwillig ist. Ich wurde darüber informiert, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen diese Zustimmung widerrufen kann, ohne dass dadurch Nachteile für mich entstehen. Mir ist bekannt, dass meine Daten anonym gespeichert und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden.

Hiermit erkläre ich meine freiwillige Teilnahme an der Studie:

Ja

Nein

Pat. Aufnahme-Nr.

Name

Im Fall der Teilnahme:

Für die Fragebogenuntersuchung und die Nachbefragung (Telefoninterview) kann ich unter folgender E-Mail-Adresse eingeladen werden:

Für das abschließende Telefoninterviews kann die Kontaktaufnahme unter folgender Telefonnummer erfolgen:

Falls ich zufällig zur Studienbedingung „SMS“ zugeteilt wurde, möchte ich die SMS auf folgende Handy-Nummer bekommen:

Ort, Datum

Unterschrift Studienteilnehmer/in

Studienleitung

Bitte bis 2 Wochen vor geplanter Entlassung in den Chefarzt-Sekretariaten (Frau Trinder, Frau Czok) oder direkt bei der Studienleitung (Dipl.-Psych. M. R. Ortmann) abgeben. Sie erhalten dann eine Kopie!

12.3 Arbeitsblätter „Verändern von Leitsätzen“

(Auszug Manual Indikativgruppe Burnout Schön Klinik Bad Arolsen)



ERKENNEN VON LEITSÄTZEN

Markieren Sie bitte, inwieweit diese Annahmen für Sie zutreffen:

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft teilweise zu	Trifft immer zu
1. Ich muss / will funktionieren			
2. Ich muss / will Erfolg haben			
3. Meine Leistung muss ausgezeichnet sein			
4. Ich muss / will die Fassade aufrecht erhalten			
5. Ich muss / will alle meine Ziele erreichen			
6. Ich muss / will alles unter Kontrolle haben			
7. Ich darf / will nicht außer Kontrolle geraten			
8. Ich darf / will mich nicht mit dem Erreichten zufrieden geben			
9. Ich muss / will perfekt sein			
10. Ich muss / will Leistung zeigen			
11. Ich bin schnell frustriert, wenn nicht alles perfekt ist			
12. Ich muss / will Rücksicht nehmen			
13. Ich muss / will freundlich sein			
14. Ich darf / will nicht kritisiert werden			
15. Ich setze an mich die höchsten Maßstäbe			
16. Ich darf / will keine Gefühle zeigen			
17. Ich muss / will stets kompetent sein			
18. Ich darf / will keine Fehler machen			
19. Ich bin für alles verantwortlich			
20. Ich muss / will der Beste sein			
Weitere eigene Beispiele:			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			

Welchen Leitsatz möchte ich „korrigieren“ (Cave: nicht wegfallen lassen, nicht für ungültig erklären - es darf lediglich um eine Kurskorrektur gehen)?

Leitsatz: _____

Warum ist dieser Leitsatz für mich sinnvoll? Was ermöglicht er mir? Was verhindert er an unangenehmen Dingen (pro)?

- _____
- _____
- _____

Gibt es Situationen, Umstände etc., in denen er hinderlich ist? Was kann ich nach einer Veränderung (wieder) tun (contra)?

- _____
- _____
- _____

Was bedeutet mein Leitsatz für meine Umgebung?

- **In der Familie**

- **Auf der Arbeit**

- **Für meine Freunde / Bekannte**



Mein neuer Leitsatz:

12.4 Arbeitsblatt „Verankern von Leitsätzen“



VERANKERN VON LEITSÄTZEN

Bitte benennen Sie 3 bis max. 5 neu formulierte Leitsätze und geben Sie jeweils bis zu 5 Hinweise an, was Sie dafür tun können.

Beispiele:

Mein neuer Leitsatz: „**Ich vertraue mir!**“

Was kannst Du dafür tun:

- Löse Dich von den vermeintlichen Gedanken der anderen!
- Bleibe Deinen Entscheidungen treu!
- Achte Deine Gefühle!
- Sage auch mal Nein!

oder

Mein neuer Leitsatz: „**Ich würdige den Moment / das Erreichte.**“

Was kannst Du dafür tun:

- Nimm alle Erfolge bewusst wahr!
- Lass die Vergangenheit ruhen!
- Gib nicht vorschnell eine Bewertung ab!
- Schreibe auf, was Du in den letzten 24 h gut gemacht hast!
- Erzähle deinem Partner, was gerade gut läuft!

1. neu formulierter Leitsatz und Angabe der Wichtigkeit¹:

Äußerst
wichtig

Situationsnahe Verankerung („Wie muss ich mich verhalten um dem neuen Leitsatz zu entsprechen?“):

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

¹ Die angegebene Wichtigkeit legt die Häufigkeit fest, mit der Sie die SMS erhalten werden.

2. neu formulierter Leitsatz und Angabe der Wichtigkeit:

äußerst
wichtig
wichtig
O O

Situationsnahe Verankerung („Wie muss ich mich verhalten um dem neuen Leitsatz zu entsprechen?“):

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

3. neu formulierter Leitsatz und Angabe der Wichtigkeit:

äußerst
wichtig
wichtig
O O

Situationsnahe Verankerung („Wie muss ich mich verhalten um dem neuen Leitsatz zu entsprechen?“):

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

4. neu formulierter Leitsatz und Angabe der Wichtigkeit:

äußerst
wichtig
wichtig
O O

Situationsnahe Verankerung („Wie muss ich mich verhalten um dem neuen Leitsatz zu entsprechen?“):

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

5. neu formulierter Leitsatz und Angabe der Wichtigkeit:

äußerst
wichtig
wichtig
O O

Situationsnahe Verankerung („Wie muss ich mich verhalten um dem neuen Leitsatz zu entsprechen?“):

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

12.6 BDI-V

In diesem Fragebogen geht es um Ihr gegenwärtiges Lebensgefühl. Bitte kreuzen Sie zu jeder Frage an, wie häufig Sie die genannte Stimmung oder Sichtweise in den letzten beiden Wochen, einschließlich heute, erlebt haben.

	Nie				Fast immer
(1) Ich bin traurig.	1	2	3	4	5
(2) Ich sehe mutlos in die Zukunft.	1	2	3	4	5
(3) Ich fühle mich als Versager(in).	1	2	3	4	5
(4) Es fällt mir schwer, etwas zu genießen.	1	2	3	4	5
(5) Ich habe Schuldgefühle.	1	2	3	4	5
(6) Ich fühle mich bestraft.	1	2	3	4	5
(7) Ich bin von mir enttäuscht.	1	2	3	4	5
(8) Ich werfe mir Fehler und Schwächen vor.	1	2	3	4	5
(9) Ich denke daran, mir etwas anzutun.	1	2	3	4	5
(10) Ich weine.	1	2	3	4	5
(11) Ich fühle mich gereizt und verärgert.	1	2	3	4	5
(12) Mir fehlt das Interesse an Menschen.	1	2	3	4	5
(13) Ich schiebe Entscheidungen vor mir her.	1	2	3	4	5
(14) Ich bin besorgt um mein Aussehen.	1	2	3	4	5
(15) Ich muss mich zu jeder Tätigkeit zwingen.	1	2	3	4	5
(16) Ich habe Schlafstörungen.	1	2	3	4	5
(17) Ich bin müde und lustlos.	1	2	3	4	5
(18) Ich habe keinen Appetit.	1	2	3	4	5
(19) Ich mache mir Sorgen um meine Gesundheit.	1	2	3	4	5
(20) Sex ist mir gleichgültig.	1	2	3	4	5

12.7 Perfektionismusfragebogen

Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie aus den sechs Antwortalternativen diejenige aus, die für Sie am zutreffendsten ist. Die angegebenen Plus- und Minuszeichen besitzen dabei folgende Bedeutung:

--- trifft gar nicht zu

-- trifft nicht zu

- trifft eher nicht zu

+ trifft etwas zu

++ trifft zu

+++ trifft sehr zu

		---	--	-	+	++	+++	
1.	SPP	Die Menschen um mich herum erwarten von mir, dass ich bei allem, was ich tue, Erfolg habe.	<input type="checkbox"/>					
2.	HS	Ich habe ein starkes Bedürfnis danach, ausgezeichnete Leistungen zu erbringen.	<input type="checkbox"/>					
3.	CM	Wenn ich nicht jederzeit mein Bestes leiste, respektieren mich die Menschen nicht.	<input type="checkbox"/>					
4.	D	Ich bin oft frustriert, weil ich meine Ziele nicht erreichen kann.	<input type="checkbox"/>					
5.	SPP	Auch wenn sie es nicht zeigen, verärgert es andere Menschen, wenn mir ein Fehler unterläuft.	<input type="checkbox"/>					
6.	PS	Wenn ich für mich selbst nicht die höchsten Maßstäbe setze, besteht die Gefahr, dass ich zweitklassig werde.	<input type="checkbox"/>					
7.	D	Ich bin nie zufrieden, auch wenn ich weiß, dass ich mein Bestes gegeben habe.	<input type="checkbox"/>					
8.	HS	Wenn man keine hohen Ansprüche an sich selbst stellt, wird man nie Erfolg haben.	<input type="checkbox"/>					
9.	PS	Es ist wichtig für mich, bei allem was ich tue, äußerst kompetent zu sein.	<input type="checkbox"/>					
10.	D	Ich bin nach vollbrachter Leistung oft enttäuscht, weil ich weiß, dass ich es hätte besser machen können.	<input type="checkbox"/>					

		---	--	-	+	++	+++	
11.	CM	Wenn ich bei der Arbeit bzw. in der Schule versage, bin ich als Mensch ein Versager.	<input type="checkbox"/>					
12.	SPP	Ich finde es schwer, die Erwartungen, die andere an mich stellen, zu erfüllen.	<input type="checkbox"/>					
13.	CM	Es regt mich auf, wenn ich einen Fehler mache.	<input type="checkbox"/>					
14.	PS	Ich setze mir höhere Ziele als die meisten Menschen.	<input type="checkbox"/>					
15.	DA	Auch wenn ich etwas sehr sorgfältig mache, habe ich oft das Gefühl, dass es nicht ganz richtig ist.	<input type="checkbox"/>					
16.	PP	Hohe Ansprüche an meine Leistungen ermöglichen es mir sehr effektiv zu sein.	<input type="checkbox"/>					
17.	SPP	Von den Menschen um mich herum wird alles, was ich nicht exzellent mache, als schlechte Arbeit angesehen.	<input type="checkbox"/>					
18.	CM	Wenn ich nur zum Teil versage ist das genauso schlecht, als wenn ich im Ganzen versagt hätte.	<input type="checkbox"/>					
19.	HS	Ich habe hohe Ansprüche an meine Leistungen bei der Arbeit oder in der Schule.	<input type="checkbox"/>					
20.	CM	Wahrscheinlich schätzen mich Personen weniger, wenn ich einen Fehler mache.	<input type="checkbox"/>					
21.	PS	Ich erwartete bei meinen täglichen Aufgaben höhere Leistungen als die meisten anderen Menschen.	<input type="checkbox"/>					
22.	DA	Ich zweifle üblicherweise an den einfachen, alltäglichen Dingen.	<input type="checkbox"/>					
23.	D	Ich bin mit dem, was ich erreicht habe, nie zufrieden.	<input type="checkbox"/>					
24.	HS	Ich habe hohe Erwartungen an mich.	<input type="checkbox"/>					
25.	SPP	Andere erwarten von mir mehr als ich in der Lage bin zu geben.	<input type="checkbox"/>					
26.	DA	Ich neige dazu, mit meiner Arbeit hinterher zu hinken, weil ich alles nochmal und nochmal mache.	<input type="checkbox"/>					
27.	PS	Andere Menschen scheinen für sich niedrigere Maßstäbe zu akzeptieren als ich das tue.	<input type="checkbox"/>					
28.	CM	Ich hasse es, wenn ich nicht der/die Beste bin in dem, was ich tue.	<input type="checkbox"/>					
29.	PS	Ich habe sehr hochgesteckte Ziele.	<input type="checkbox"/>					
30.	PP	Aufgrund der hohen Standards, die ich an das anlege, was ich tue, habe ich bereits vieles erreicht.	<input type="checkbox"/>					

		---	--	-	+	++	+++
31.	SPP	Ich habe das Gefühl, dass andere zu viel von mir fordern.	<input type="checkbox"/>				
32.	HS	Ich erwarte, dass ich immer das Beste gebe.	<input type="checkbox"/>				
33.	DA	Es dauert sehr lange bis ich etwas richtig gemacht habe.	<input type="checkbox"/>				
34.	HS	Ich versuche, mein Bestes zu geben, bei allem, was ich tue.	<input type="checkbox"/>				
35.	D	Auch meine besten Leistungen erscheinen mir nie gut genug.	<input type="checkbox"/>				
36.	PP	Ich bin immer dann am besten, wenn ich auch viel von mir verlange.	<input type="checkbox"/>				
37.	D	Meine Leistungen genügen selten meinen Ansprüchen.	<input type="checkbox"/>				

HS: high standards

D: discrepancy

SPP: socially prescribed perfectionism

PP: positive self-oriented performance perfectionism

CM: concern over mistakes

PS: personal standards

DA: doubts about actions

12.8 Auswertungsbogen für Bezugstherapeuten



Perfektionismusstudie



Nachsorge im Anschluss stationärer Behandlung

Ausprägungen auf den Facetten des Perfektionismus

	1	2	3	4	5	6	
HS - Niedrige Standards							Hohe Standards
PP - Nicht den Eindruck, von hohen Standards zu profitieren							Starker Eindruck, von hohen Standards zu profitieren
CM - Keine Angst Fehler zu machen							Hohe Angst Fehler zu machen
DA - Keine Zweifel an der eigenen Leistungsfähigkeit							Starke Zweifel an der eigenen Leistungsfähigkeit
D - Nie das Empfinden, eigenen Ansprüchen nicht gerecht zu werden							Häufig das Empfinden, den eigenen Ansprüchen nicht gerecht zu werden
SPP - Nicht den Eindruck, Standards werden von anderen gesetzt							Stark ausgeprägter Eindruck, Standards werden von anderen gesetzt

Mittelwerte auf den Subskalen des MBI (Maslach-Burnout-Inventary)

	0	1	2	3	4	5	6	
E - Geringe Erschöpfung								Starke Erschöpfung
ZY - Niedrig ausgeprägter Zynismus								Hoch ausgeprägter Zynismus
BE - Niedrige berufliche Effektivität								Hohe berufliche Effektivität

Summe im BDI V (Beck-Depressions-Inventar)

	Maximal können 100 Punkte erreicht werden. BDI-V Werte ab 40 müssen als bedenklich angesehen werden.
--	--

12.9 Leitfaden Telefoninterview



Perfektionismusstudie



Nachsorge im Anschluss stationärer Behandlung

Telefoninterview

Wie viele Tage waren Sie arbeitsunfähig/krankgeschrieben seit Entlassung?

Arbeitsunfähig :

Fand bzw. findet eine berufliche Wiedereingliederung statt?

Wiedereingliederung

Nein : 0

Ja : 1

Wie hoch ist die aktuelle wöchentliche Arbeitszeit in Stunden?

wöchentliche AZ ist :

Wie hoch ist die angestrebte/eigentliche wöchentliche Arbeitszeit in Stunden?

wöchentliche AZ soll:

Findet eine psychotherapeutische nachstationäre Behandlung statt?

nachstationäre Behandlung

Nein : 0

Ambulante PT : 1

Teilstationäre PT : 2

Reha : 3

Nehmen Sie gegenwärtig Antidepressiva ein?

Antidepressiva

Nein : 0

Ja : 1

Haben Sie seit Entlassung aus der Schön Klinik Bad Arolsen Urlaub genommen?

Urlaubstage :

Fragen zum sozialen Status

Welchen Beruf üben Sie gegenwärtig aus?

Beruf :

Welchen Schulabschluss haben Sie?

Schule :

Wie ist ihre gegenwärtige Wohnsituation?

Wohnsituation

Alleine lebend : 0

mit Partner/Familie : 1

Nur für Patienten der SMS-Nachsorge

Handynutzung

In wie viel % der Fälle schätzen Sie haben Sie die SMS zeitnah gelesen (d.h. es haben sich nicht mehrere SMS angesammelt)?

% SMS gelesen :

Wie oft telefonieren Sie täglich mit Ihrem Handy?

tägliche Handynutzung :

Wie viele SMS erhalten Sie täglich?

täglich SMS erhalten :

Wie viele SMS versenden Sie täglich?

täglich SMS verschickt :

Wie hilfreich empfanden Sie das SMS-Coaching /(1 „gar nicht hilfreich“ bis 5 „äußerst hilfreich“)?

Subjektive Einschätzung :

Was denken Sie, könnten wir tun, um die Wirksamkeit weiter zu verbessern?

12.10 SMS-Nachrichten

1. LASS DICH NICHT BEEINFLUSSEN! (Ich weiss, was ich mache.)
2. BLEIB KONSEQUENT! (Ich weiss, was ich mache.)
3. VERTRAU AUF DEINE GEFUEHLE! (Ich weiss, was ich mache.)
4. SCHAU BLOSS, DASS DU MAL NEIN SAGSCHST! (Ich weiss, was ich mache.)
5. DU BIST EIN WERTVOLLER MENSCH! (Ich nehme mich an, so wie ich bin.)
6. LASS AUCH MAL WAS LIEGEN! (Ich nehme mich an, so wie ich bin.)
7. DU WIRST GELIEBT! (Ich nehme mich an, so wie ich bin.)
8. MACH DESS AUF WASCHT BOCK HOSCHT! (Ich nehme mich an, so wie ich bin.)
9. GEH ALLES MIT RUHE AN! (Ich bin keine Maschine.)
10. GENIESSE DIE FREIE ZEIT! (Ich bin keine Maschine.)
11. SETZ DICH DURCH! (Ich bin keine Maschine.)
12. KIDIS UND MÄNNLEIN GIBTS AUCH NOCH! (Ich bin keine Maschine.)
13. DU WILLST NOCH LAENGER LEBEN! (Ich bin keine Maschine.)
14. DU DARFST DINGE LIEGEN LASSEN! (Ich kann das Leben lockerer nehmen.)
15. IN DER RUHE LIEGT DIE KRAFT! (Ich kann das Leben lockerer nehmen.)
16. ES IST MEIST NICHTS PERSOENLICHES! (Ich kann das Leben lockerer nehmen.)
17. LASS 5 GERADE SEIN! (Ich kann das Leben lockerer nehmen.)
18. SHIT HAPPENS! (Ich kann das Leben lockerer nehmen.)
19. DIE ANDEREN SIND AUCH NOCH DA! (Ich darf mich abgrenzen.)
20. SAG MAL NEIN! (Ich darf mich abgrenzen.)
21. ES GEHT AUCH OHNE DICH! (Ich darf mich abgrenzen.)
22. GIB AB! (Ich darf mich abgrenzen.)
23. MACH DIR KEINE GEDANKEN! (Ich darf mich abgrenzen.)
24. GOENN DIR PAUSEN! (Gut ist gut.)
25. MACH EINE ACHTSAMKEITSUEBUNG! (Gut ist gut.)
26. NIMM DIR DIE ZEIT DIE DU BRAUCHST! (Gut ist gut.)
27. DELEGIERE! (Gut ist gut.)
28. FEIERABEND IST FREIZEIT! (Gut ist gut.)

29. NIMM NICHT ALLES AN! (Staerke Selbstbewusstsein.)
30. LASSE ABPERLEN! (Staerke Selbstbewusstsein.)
31. SEI DIR DEINER STAERKEN BEWUSST! (Staerke Selbstbewusstsein.)
32. ENTSCHEIDE DICH! (Staerke Selbstbewusstsein.)
33. LASSE REDEN! (Staerke Selbstbewusstsein.)
34. LASS DINGE LIEGEN! (Ich darf Fehler machen.)
35. STRUKTURIERE DEINE ARBEITSZEIT! (Ich darf Fehler machen.)
36. NIMM KONFLIKTE AN UND TRAGE SIE AUS! (Ich darf Fehler machen.)
37. LASSE FREIZEIT ZU UND GENIESSE! (Ich darf Fehler machen.)
38. GEH MIT GELASSENHEIT AUCH AN SCHWIERIGE DINGE! (Ich darf Fehler machen.)
39. NIMM PRIVATE TERMINE ERNST! (Ich darf Zeit für mich und mit meiner Familie geniessen.)
40. HALTE DEN ZEITRAHMEN FÜR DIENSTE EIN! (Ich darf Zeit für mich und mit meiner Familie geniessen.)
41. PLANE FREIE TAGE EIN! (Ich darf Zeit für mich und mit meiner Familie geniessen.)
42. NICHT IM URLAUB UND BEI KRANKHEIT ARBEITEN! (Ich darf Zeit für mich und mit meiner Familie geniessen.)
43. NIMM FRUEHWARNZEICHEN ERNST! (Ich achte auf mich.)
44. PLANE BEWUSST PAUSEN EIN! (Ich achte auf mich.)
45. NICHT ZU VIEL WOLLEN! (Ich achte auf mich.)
46. UEBE DICH IN GELASSENHEIT! (Ich achte auf mich.)
47. GIB ARBEIT AN ANDERE AB! (Ich darf auch abgeben.)
48. GIB AUCH VERANTWORTUNG AB! (Ich darf auch abgeben.)
49. BEWERTE DIE ARBEIT ANDERER NICHT MIT DEINEN MASSSTAE BEN! (Ich darf auch abgeben.)
50. DU KANNST NICHT ALLES AENDERN! (Totale Gerechtigkeit gibt es nicht.)
51. SETZE DICH NICHT MIT KLEINIGKEITEN UNTER DRUCK! (Totale Gerechtigkeit gibt es nicht.)
52. LASSE DINGE ZU DIE DU NICHT AENDERN KANNST! (Totale Gerechtigkeit gibt es nicht.)

53. AB 20 UHR KEINE DIENSTLICHEN TAETIGKEITEN! (Ich achte meine Grenzen.)
54. KONTAKTE UEBER KLIENTEN NUR UEBER DIENSTHANDY! (Ich achte meine Grenzen.)
55. ACHE DEINEN FEIERABEND! (Ich achte meine Grenzen.)
56. HALTE PAUSEN EIN! (Ich achte meine Grenzen.)
57. ACHE AUF DEINEN KOERPER UND DEINE GEFUEHLE! (Ich achte meine Grenzen.)
58. NIMM DIR ZEIT MIT DIR! (Ich habe mich im Blick.)
59. VERGISS DAS WALKEN NICHT! (Ich habe mich im Blick.)
60. MACHE JEDEN TAG EINE ACHTSAMKEITSUEBUNG! (Ich habe mich im Blick.)
61. HOBBYS SIND WICHTIG! (Ich habe mich im Blick.)
62. TAUSCHE DICH MIT KOLLEGINNEN, FREUNDINNEN AUS! (Ich habe mich im Blick.)
63. ICH STEHE ZU MEINEN ENTSCHEIDUNGEN! (Ich vertraue mir.)
64. ICH ACHE DAS, WAS ICH AN KOMPETENZEN HABE! (Ich vertraue mir.)
65. ICH VERBINDE MICH MIT ARBEITSAUFGABEN DIE MIR GELUNGEN SIND! (Ich vertraue mir.)
66. MEINE ERFAHRUNGEN UNTERSTUETZEN MICH! (Ich vertraue mir.)
67. KEIN MENSCH IST PERFEKT - UND DAS IST GUT SO! (Ich darf Fehler machen, Schwaechen und Luecken zulassen.)
68. WIE WELT DREHT SICH IMMER WEITER - WIRD NICHT UNTERGEHEN! (Ich darf Fehler machen, Schwaechen und Luecken zulassen.)
69. VERGESSLICHKEIT IST DIE FREIHEIT DES GEISTES! (Ich darf Fehler machen, Schwaechen und Luecken zulassen.)
70. AUCH WENN MIR FEHLER PASSIEREN: ICH BIN EIN WERTVOLLER MENSCH! (Ich darf Fehler machen, Schwaechen und Luecken zulassen.)
71. ZWEIFLE NICHT, DEINE ENTSCHEIDUNG IST DIE RICHTIGE! (Ich darf meine Beduerfnisse aeussern und ernstgenommen werden.)
72. WAS ZAEHLT IST, DASS DU DICH MIT EINER ENTSCHEIDUNG IN DEM MOMENT WO DU SIE TRIFFST WOHLFUEHLST! (Ich darf meine Beduerfnisse aeussern und ernstgenommen werden.)

73. LASS DIE LEIBE TOCHTER, DIE LIEBE DIANA ZIEHEN, DU DARFST ERWACHSEN WERDEN! (Ich darf meine Beduerfnisse aeussern und ernstgenommen werden.)
74. ACHTE DEINE GEFUEHLE! (Ich darf mich wehren und Nein-Sagen.)
75. ENTSCHULDIGE DICH NICHT, DU HATTEST GRUENDE FUER DEIN TUN! (Ich darf mich wehren und Nein-Sagen.)
76. JEDER IST FUER SICH SELBST VERANTWORTLICH! (Ich darf mich wehren und Nein-Sagen.)
77. DENK DARAN, DU HAST NUR DIESES EINE LEBEN! (Ich darf mich wehren und Nein-Sagen.)
78. SAGE NEIN! (Ich darf mich wehren und Nein-Sagen.)
79. SCHAU IN DEN SPIEGEL UND LAECHLE DICH AN! (Ich bin gut so, wie ich bin.)
80. KLOPFE DIR WIEDER MAL AUF DIE SCHULTER! (Ich bin gut so, wie ich bin.)
81. SEI MAL WIEDER STOLZ AUF DICH! (Ich bin gut so, wie ich bin.)
82. MACH DIR DEINE ERFOLGE BEWUSST! (Ich bin gut so, wie ich bin.)
83. VERBEUGE DICH IN RESPEKT VOR DIR SELBST! (Ich bin gut so, wie ich bin.)
84. DU DARFST NEIN-SAGEN! (Ich diene meinem Selbst.)
85. BEWAHRE DIR FREIRAUEME! (Ich diene meinem Selbst.)
86. NIMM DEIN SELBST WAHR! (Ich diene meinem Selbst.)
87. ACHTE DEINE GEDANKEN, GEFUEHLE UND DEINEN KOERPER! (Ich diene meinem Selbst.)
88. ENTSCHEIDE DICH FUER DICH! (Ich diene meinem Selbst.)
89. ACHTE DEINE BEDUERFNISSE! (Ich darf selbstfuersorglich sein.)
90. LEBE DEINE EIGENEN KLEINEN TRAUEME! (Ich darf selbstfuersorglich sein.)
91. SETZ DICH FUER DAS EIN, WAS DIR WICHTIG IST! (Ich darf selbstfuersorglich sein.)
92. HEUTE SCHON DEINE ACHTSAMKEITSUEBUNG GEMACHT! (Ich darf selbstfuersorglich sein.)
93. NIMM DEINE GRENZEN WAHR! (Ich darf meine Grenzen setzen.)

94. SAG NEIN, WENN DU NEIN FUEHLST! (Ich darf meine Grenzen setzen.)
95. TU DEINE GRENZEN KUND! (Ich darf meine Grenzen setzen.)
96. SAG DEINE MEINUNG! (Ich darf meine Grenzen setzen.)
97. NIMM DIR ZEIT ZU ENTSCHEIDEN! (Ich darf Verantwortlichkeit pruefen.)
98. WILLST DU DAS WIRKLICH! (Ich darf Verantwortlichkeit pruefen.)
99. IST ES WIRKLICH DEINS! (Ich darf Verantwortlichkeit pruefen.)
100. ZWISCHEN REIZ UND REAKTION LIEGT FREIHEIT! (Ich darf Verantwortlichkeit pruefen.)
101. NIMM DIR ZEIT FUER DICH! (Ich Sorge fuer mich.)
102. LASS DEINE GEFUEHLE ZU - BEGEGNE IHNEN MIT FREUNDLICHKEIT!
(Ich Sorge fuer mich.)
103. HOERE IN DICH, WAS TUT DIR GUT! (Ich Sorge fuer mich.)
104. NUTZE DEINE KERZE FÜR ACHTSAMKEIT! (Ich Sorge fuer mich.)
105. NIMM DIE NATUR UM DICH WAHR! (Ich Sorge fuer mich.)
106. NIMM DIR ZEIT MIT BERNIE! (Ich Sorge fuer mich.)
107. NIMM DIR ZEIT MIT FREUNDEN! (Ich Sorge fuer mich.)
108. ZIEH POSITIVE BILANZ! (Ich wuerdige das Erreichte.)
109. GENIESSE DEN MOMENT! (Ich wuerdige das Erreichte.)
110. SEI STOLZ AUF DICH! (Ich wuerdige das Erreichte.)
111. DU HAST 3 TOLLE KINDER! (Ich wuerdige das Erreichte.)
112. LASS DEINEN GEFUEHLEN FREIEN LAUF! (Ich vertraue mir.)
113. SCHAU IN DEIN INNERES! (Ich vertraue mir.)
114. STEH ZU DEINER ENTSCHEIDUNG! (Ich vertraue mir.)
115. AUF DICH IST VERLASS! (Ich vertraue mir.)
116. MACH MAL PAUSE! (Ich bin nachsichtig mit mir.)
117. NIMM HILFE AN! (Ich bin nachsichtig mit mir.)
118. LASS FUENFE GERADE SEIN! (Ich bin nachsichtig mit mir.)
119. VERZEIHE DIR! (Ich bin nachsichtig mit mir.)
120. HEUTE SCHON SPORT GEMACHT! (Ich achte auf mich.)
121. GOENN DIR 5 MIN. PAUSE! (Ich achte auf mich.)
122. HABE DEINE ZUCKERWERTE IM BLICK! (Ich achte auf mich.)
123. ACHTE AUF ZWISCHENMAHLZEITEN! (Ich achte auf mich.)
124. REALISTISCHES ZEITMANAGEMENT! (Ich achte auf mich.)

125. WENIGER SITZUNGEN, MEHR FREIZEIT! (Ich grenze mich ab.)
126. DEINE TOCHTER IST ERWACHSEN! (Ich grenze mich ab.)
127. DU HAST EIN PRIVATLEBEN! (Ich grenze mich ab.)
128. MACH WAS MIT FREUNDEN! (Ich achte Familie und Freunde.)
129. UNTERNIMM WIEDER WAS MIT DEINEN ENKELN! (Ich achte Familie und Freunde.)
130. PLANE WOCHENENDURLAUBE! (Ich achte Familie und Freunde.)
131. MACH BEATE KLEINE AUFMERKSAMKEIT! (Ich achte Familie und Freunde.)
132. LEGE GEDANKENPAUSEN EIN, BEVOR DU DICH ENTSCHNEIDEST! (Ich waege ab und entscheide dann, was mir wichtig ist.)
133. DENKE UEBER KONSEQUENZEN NACH! (Ich waege ab und entscheide dann, was mir wichtig ist.)
134. WERDE DIR BEWUSST, OB DU AUCH ZEIT HAST DIE AUFGABE ZU ERFUELLEN! (Ich waege ab und entscheide dann, was mir wichtig ist.)
135. PFLEGE AKTIV SOZIALKONTAKTE! (Ich Sorge fuer ein Gleichgewicht / Ausgleich zwischen Beruf und Privatleben.)
136. NIMM SITUATIONEN UND MOMENTE BEWUSST WAHR! (Ich lebe den Moment bewusster)
137. LASS FUENF GERADE SEIN! (Hab Spass am Leben.)
138. WAS ICH SCHAFFE, SCHAFFE ICH - MEHR NICHT! (Hab Spass am Leben.)
139. ES IST MIR GLEICH, WAS ANDERE DAZU SAGEN! (Hab Spass am Leben.)
140. HAB FREUDE AN DEN KLEINEN DINGEN! (Hab Spass am Leben.)
141. HEUTE SCHON GELACHT? (Hab Spass am Leben.)
142. FEHLER MUESSEN SEIN! (Ich lerne aus meinen Fehlern.)
143. NOBODY IS PERFECT! (Ich lerne aus meinen Fehlern.)
144. HAENGE DICH NICHT AN KLEINIGKEITEN AUF! (Ich lerne aus meinen Fehlern.)
145. IN DER RUHE LIEGT DIE KRAFT! (Ich achte staerker auf mich.)
146. LASS ES DIR GUT GEHEN! (Ich achte staerker auf mich.)
147. ACHTE AUF DEINE SCHRITTE! (Ich achte staerker auf mich.)
148. HEUTE SCHON AN DICH GEDACHT! (Ich achte staerker auf mich.)
149. KEINE ARBEIT IST SO WICHTIG! (Ich bin fuer meine Familie da.)

150. HEUTE SCHON MIT DEN KINDERN GESPIELT! (Ich bin für meine Familie da.)
151. NIMM DIR ZEIT FÜR MELANIE! (Ich bin für meine Familie da.)
152. LOESE DICH VON DEN GEDANKEN ANDERER! (So wie ich bin, ist es gut.)
153. Mache dir in der Meditation immer wieder bewusst: SO WIE ICH BIN, IST ES GUT!
154. ACHE IMMER AUF DEINE GEFUEHLE! (So wie ich bin, ist es gut.)
155. GENIESSE DEINE POSITIVE, FREUNDLICHE WIRKUNG! (So wie ich bin, ist es gut.)
156. SAGE DIR, DASS DU DICH MAGST! (So wie ich bin, ist es gut.)
157. ERLEBE BEWUSST DEINE FREUNDLICHKEIT! (Du bist hervorragend wertvoll, liebevoll.)
158. HALTE IMMER WIEDER INNE UND SCHAU WO DU STEHST! (Du bist hervorragend wertvoll, liebevoll.)
159. LASS DICH NICHT IMMER ZUR HOECHSTLEISTUNG MOTIVIEREN! (Du bist hervorragend wertvoll, liebevoll.)
160. AKZEPTIERE, DASS 90 PROZENT 90 PROZENT SIND! (Du bist hervorragend wertvoll, liebevoll.)
161. NIMM ALLE ERFOLGE WAHR! (Du bist hervorragend wertvoll, liebevoll.)
162. SCHREIBE AUF, WELCHES DEINE BEDUERFNISSE SIND! (Ich achte taeglich auf meine Beduerfnisse.)
163. LASS DICH NICHT DURCH STOERFEUER ABLENKEN! (Ich achte taeglich auf meine Beduerfnisse.)
164. GIB DEM LEITSATZ PLATZ IN DER MEDITATION! (Ich achte taeglich auf meine Beduerfnisse.)
165. PLANE DEN TAG UND DIE WOCHE MIT DEINEN BEDUERFNISSEN! (Ich achte taeglich auf meine Beduerfnisse.)
166. STIMME DEINE BEDUERFNISSE MIT DEM PARTNER AB! (Ich achte taeglich auf meine Beduerfnisse.)
167. SETZE EINEN STOPP! (Ich loese mich von den vermeintlichen Gedanken anderer.)
168. LASSE VERGANGENES LOS! (Ich loese mich von den vermeintlichen Gedanken anderer.)

169. AKZEPTIERE AUCH KRITISCHE AUESSERUNGEN! (Ich loese mich von den vermeintlichen Gedanken anderer.)
170. LENKE DEINE KONZENTRATION AUF POSITIVE AUESSERUNGEN! (Ich loese mich von den vermeintlichen Gedanken anderer.)
171. MACH DAS WAS DIR GEFAELLT! (Ich loese mich von den vermeintlichen Gedanken anderer.)
172. NEHME DAS ERREICHTE IN DER MEDITATION DANKEND AUF! (Ich wuerdige das Erreichte.)
173. BLEIBE IM HIER UND JETZT! (Ich wuerdige das Erreichte.)
174. ERZAEHLE DEINEM PARTNER VON POSITIVEN AKTIONEN! (Ich wuerdige das Erreichte.)
175. GEBE DEM ERREICHTEN MEHR PLATZ IN DEINEN GEDANKEN! (Ich wuerdige das Erreichte.)
176. SCHREIBE AUF, WAS DU ERREICHT HAST! (Ich wuerdige das Erreichte.)
177. SETZ DEINE BREMSKLOETZE EIN! (STOP – halt an!)
178. MACH EINE ACHTSAMKEITSUEBUNG! (STOP – halt an!)
179. HOERE DEINE LIEBLINGSMUSIK! (STOP – halt an!)
180. HALTE INNE, SPUERE DEINE GEFUEHLE! (STOP – halt an!)
181. SCHRITT FUER SCHRITT! (STOP – halt an!)
182. LASS DIE VERGANGENHEIT RUHEN! (Ich vertraue mir.)
183. ACHTE DEINE GEFUEHLE! (Ich vertraue mir.)
184. NOTIERE ALLES POSITIVE! (Ich vertraue mir.)
185. SETZ DEINE GRENZEN, HALTE SIE EIN! (Ich vertraue mir.)
186. BLEIB DEINEN ENTSCHEIDUNGEN TREU! (Ich habe das Steuer selbst in der Hand.)
187. KEINE RECHTFERTIGUNGEN UND ENTSCHULDIGUNGEN! (Ich habe das Steuer selbst in der Hand.)
188. SCHOEPFE KRAFT AUS ERREICHTEM! (Ich habe das Steuer selbst in der Hand.)
189. MEIN LEBEN, MEINE ENTSCHEIDUNGEN, MEIN WEG! (Ich habe das Steuer selbst in der Hand.)
190. LOESE DICH VON GEDANKEN DER ANDEREN! (Ich vertraue mir und lebe im Hier und Jetzt.)

191. DU DARFST NEIN SAGEN! (Ich vertraue mir und lebe im Hier und Jetzt.)
192. BENENNE DEINE GEFUEHLE! (Ich vertraue mir und lebe im Hier und Jetzt.)
193. ACHTE BEWUSST AUF DEINEN ATEM! (Ich vertraue mir und lebe im Hier und Jetzt.)
194. LEBE UND GENIESSE DEN AUGENBLICK! (Ich vertraue mir und lebe im Hier und Jetzt.)
195. HEUTE SCHON SPORT GEMACHT? (Ich gebe auf mich acht.)
196. DENKE DARAN, DICH ABZUGRENZEN! (Ich gebe auf mich acht.)
197. MELDE DICH MAL WIEDER BEI DEINEN FREUNDEN! (Ich gebe auf mich acht.)
198. NIMM DIR ZEIT FUER DICH! (Ich gebe auf mich acht.)
199. HEUTE DIR SCHON ETWAS GUTES GETAN! (Ich gebe auf mich acht.)
200. SEI SO, WIE DU BIST! (Bleibe authentisch.)
201. STEH ZU DEINER MEINUNG! (Bleibe authentisch.)
202. SEI DIR DEINES WERTES BEWUSST! (Bleibe authentisch.)
203. DENKE AN DAS, WAS DU ERREICHT HAST! (Bleibe authentisch.)
204. DENKE ZUERST AN DICH! (Ich grenze mich ab.)
205. OPFERE DICH NICHT AUF! (Ich grenze mich ab.)
206. KOMM ZU DIR ZURUECK! (Ich grenze mich ab.)
207. DU DARFST DICH AEUSSERN, MUSST ES ABER NICHT! (Ich grenze mich ab.)
208. FUEHLE IN DICH HINEIN! (Ich achte auf mich.)
209. FINDE HERAUS, WAS GUT FUER DICH IST! (Ich achte auf mich.)
210. SEI SENSIBEL FUER DAS WAS DIR SCHADET! (Ich achte auf mich.)
211. BLEIB MIT DEINEN GEFUEHLEN IN DER GEGENWART! (Ich bleibe bei mir.)
212. LASSE DICH NICHT VON VERLETZTEN GEFUEHLEN DER VERGANGENHEIT BEHERRSCHEN! (Ich bleibe bei mir.)
213. DU MUSST NICHT ALLES KOENNEN! (Ich konzentriere mich auf das Wesentliche.)
214. LASS EINFACH MAL WAS LIEGEN! (Ich konzentriere mich auf das Wesentliche.)
215. DU KANNST NEIN-SAGEN! (Ich konzentriere mich auf das Wesentliche.)

216. MACH REGELMAESSIG PAUSEN! (Ich setze mir und anderen Grenzen.)
217. SCHALTE BILDSCHIRM AUS, STELLE RUFUMLEITUNG EIN...! (Ich setze mir und anderen Grenzen.)
218. GIB ARBEIT AB, Z. B. AN DEINE KINDER! (Ich setze mir und anderen Grenzen.)
219. MACHE SOVIEL WIE NOETIG UND NICHT MEHR! (Ich setze mir und anderen Grenzen.)
220. LASSE VERLETZUNGEN DEINER GEFUEHLE NICHT ZU! (Ich setze mir und anderen Grenzen.)
221. TADELN IST FEHL AM PLATZ! (Ich lobe und staerke meine Kinder.)
222. SIEH DAS POSITIVE! (Ich lobe und staerke meine Kinder.)
223. SEI BEI PROBLEMEN UND KUMMER FUER SIE DA! (Ich lobe und staerke meine Kinder.)
224. FINDE GEMEINSAM LÖSUNGEN! (Ich lobe und staerke meine Kinder.)
225. VORWUERFE BRINGEN DICH NICHT WEITER! (Ich lobe und staerke meine Kinder.)
226. SPRICH ES DIREKT AN, DANN GEHT ES DIR BESSER! (Bei Konflikten: Raus damit!)
227. VERTRITT DEINE MEINUNG! (Bei Konflikten: Raus damit!)
228. VERTRAUE DEINEM MORALISCHEM EMPFINDEN! (Bei Konflikten: Raus damit!)
229. GRENZ DICH AB! (Bei Konflikten: Raus damit!)
230. GIB DEN ANDEREN DIE CHANCE DICH UND DEINE MEINUNG KENNENZULERNEN! (Bei Konflikten: Raus damit!)
231. DU BIST GUT SO, WIE DU BIST! (Nicht alle muessen mich moegen.)
232. SEI AUTHENTISCH! (Nicht alle muessen mich moegen.)
233. ZEIGE AUCH ECKEN UND KANTEN! (Nicht alle muessen mich moegen.)
234. STEH ZU DIR SELBST! (Nicht alle muessen mich moegen.)
235. ES GEHT NICHT IMMER UM DICH! (Nicht alle muessen mich moegen.)
236. DU DARFST DIR SELBST ANERKENNUNG ZOLLEN! (Ich erlaube mir haeufiger ein Nein.)
237. SCHOEPFE KRAFT AUS DEINER FAMILIE! (Ich erlaube mir haeufiger ein Nein.)

238. SCHAU AUF DAS, WAS DU SCHON GELEISTET HAST! (Ich erlaube mir haeufiger ein Nein.)
239. SAGE NEIN UND FUEHLE DICH GUT DABEI! (Ich erlaube mir haeufiger ein Nein.)
240. NIMM DICH EIN WENIG ZURÜCK, BLEIBE BEI DIR...! (Ich erlaube mir haeufiger ein Nein.)
241. ERLAUBE DIR NICHT PERFEKT ZU SEIN! (Es ist gut so, wie es ist.)
242. NUTZE DEINE ZEIT SINNVOLL! (Es ist gut so, wie es ist.)
243. ES MUSS NICHT ALLES PERFEKT SEIN! (Es ist gut so, wie es ist.)
244. DAS LEBEN IM STAENDIGEN FLUSS! (Es ist gut so, wie es ist.)
245. LASS UNORDNUNG ZU, GENIESSE DEN MOMENT! (Es ist gut so, wie es ist.)
246. NIMM DIR ZEIT FUER ANDREA! (Ich achte auf uns.)
247. PLANE GEMEINSAMES! (Ich achte auf uns.)
248. NIMM DIR ZEIT FUER SPORTLICHE AKTIVITAETEN (Ich achte auf uns.)
249. GENIESSE DEIN ZUHAUSE UND GEMEINSAME ZEIT! (Ich achte auf uns.)
250. HOLE DIR KRAFT AUS DER FAMILIE HERAUS! (Ich achte auf uns.)
251. NIMM LOB BEWUSST WAHR! (Ich sehe Positives bewusster.)
252. SPRICH UEBER DAS POSITIV ERLEBTE! (Ich sehe Positives bewusster.)
253. ERINNERE DICH IN SCHWIERIGEN SITUATION AN GUTES! (Ich sehe Positives bewusster.)
254. LASS POSITIVES ZU UND NIMM ES AN! (Ich sehe Positives bewusster.)
255. SPIEL DAS POSITIVE NICHT RUNTER! (Ich sehe Positives bewusster.)
256. SEI SENSIBEL FUER GUTES! (Ich sehe Positives bewusster.)
257. HALTE GESTEN, SITUATIONEN GGF. SCHRIFTLICH FEST! (Ich wuerdige Kleinigkeiten.)
258. HALTE DICH AN DAS ERREICHTE! (Ich wuerdige Kleinigkeiten.)
259. RICHTE DICH NICHT NACH UNERREICHBAREM! (Ich wuerdige Kleinigkeiten.)
260. SCHRITT FUER SCHRITT! (Ich wuerdige Kleinigkeiten.)
261. SUCH DIR VISUELLE HILFEN - BOHNEN! (Ich wuerdige Kleinigkeiten.)
262. DENKE NICHT NUR IN GUT UND SCHLECHT! (Ich lerne schwingungsfaeiger zu sein.)

263. BLEIB IN BEWEGUNG! (Ich lerne schwingungsfähiger zu sein.)
264. WÄHLE AUCH MAL EINEN UMWEG! (Ich lerne schwingungsfähiger zu sein.)
265. SEI GROSSZUEGIG MIT DIR! (Ich lerne schwingungsfähiger zu sein.)
266. LASS DIR ZEIT! (Ich lerne schwingungsfähiger zu sein.)
267. HORCHE IN DICH REIN! (Ich gebrauche mehr Farben.)
268. INTUITION AUCH MAL WALTEN LASSEN! (Ich gebrauche mehr Farben.)
269. SCHAFF DIR AUSGLEICHENDE SITUATIONEN! (Ich gebrauche mehr Farben.)
270. MEDITIERE! (Ich gebrauche mehr Farben.)
271. BESCHREIBE GEFÜHLE GENAUER! (Ich gebrauche mehr Farben.)
272. 5 GERADE SEIN LASSEN! (Ich waege gelassener ab.)
273. PRO UND CONTRA SICHTEN! (Ich waege gelassener ab.)
274. ZUHOEREN! (Ich waege gelassener ab.)
275. ARGUMENTEN ZEIT LASSEN! (Ich waege gelassener ab.)
276. MIT MEHR BEDACHT VORGEHEN! (Ich waege gelassener ab.)
277. FORDERE ZEIT EIN UM ZU BEURTEILEN! (Ich waege gelassener ab.)
278. HEUTE SCHON AN DICH GEDACHT! (Ich kann die Zuegel lockern und trotzdem laeuft alles.)
279. LOBE HANNAH MAL WIEDER! (Ich kann die Zuegel lockern und trotzdem laeuft alles.)
280. DAS ABENDBROT MACHT HEUTE HANNAH! (Ich kann die Zuegel lockern und trotzdem laeuft alles.)
281. GIB AB! (Ich kann die Zuegel lockern und trotzdem laeuft alles.)
282. GIB HANNAH MEHR FREIRAUM! (Ich kann die Zuegel lockern und trotzdem laeuft alles.)
283. LASS FUENFE GERADE SEIN! (Ich nehme mich zurueck und darf es geniessen.)
284. MACH 1X DIE WOCHEN EINEN WELLNESSABEND! (Ich nehme mich zurueck und darf es geniessen.)
285. TELEFONIERE MIT EINER FREUNDIN! (Ich nehme mich zurueck und darf es geniessen.)

286. VERABREDE DICH MIT DEINEM MANN! (Ich nehme mich zurueck und darf es geniessen.)
287. TRINK EINE TASSE TEE! (Ich nehme mich zurueck und darf es geniessen.)
288. WAS IST DIR HEUTE GUT GELUNGEN! (Ich bin zufrieden mit dem Geleisteten.)
289. NIMM BEWUSST LOB WAHR! (Ich bin zufrieden mit dem Geleisteten.)
290. FUEHRE DIR DEINE ERFOLGE VOR AUGEN! (Ich bin zufrieden mit dem Geleisteten.)
291. ACHTE AUF FEEDBACK! (Ich bin zufrieden mit dem Geleisteten.)
292. RICHTE DEN BLICK NACH AUSSEN! (Ich genieße die Angstfreiheit und finde wieder Vertrauen.)
293. NIMM DIE GERAUESCHE DER UMWELT WAHR! (Ich genieße die Angstfreiheit und finde wieder Vertrauen.)
294. GEH RAUS IN DIE NATUR! (Ich genieße die Angstfreiheit und finde wieder Vertrauen.)
295. ERZAEHL DIE POSITIVEN DINGE DER LETZTEN 24 H! (Ich genieße die Angstfreiheit und finde wieder Vertrauen.)
296. VERTRAUE DIR! (Ich genieße die Angstfreiheit und finde wieder Vertrauen.)
297. KLEIDE DICH BUNT! (Ich erlaube mir, mir Raum zu nehmen.)
298. NIMM DIR REDEZEIT! (Ich erlaube mir, mir Raum zu nehmen.)
299. NIMM DIR ZEIT ZUM VERPRASSEN! (Ich erlaube mir, mir Raum zu nehmen.)
300. ZEIGE DICH! (Ich erlaube mir, mir Raum zu nehmen.)
301. NIMM DICH WICHTIG! (Ich erlaube mir, mir Raum zu nehmen.)
302. DU DARFST FEHLER MACHEN. (Du bist OK!)
303. ARBEITE LANGSAMER. (Du bist OK!)
304. 2 BIS 3 TUTS AUCH. (Du bist OK!)
305. GENIESSE DEINE PAUSEN ALLEINE. (Du bist OK!)
306. SAGE AUCH MAL TERMINE AB. (Du bist OK!)
307. HEUTE SCHON DICH SELBST GELOBT? (Ich erlaube mir, Erfolge zu geniessen.)
308. NIMM LOB BEWUSST AN! (Ich erlaube mir, Erfolge zu geniessen.)
309. FEIERE KLEINE ERFOLGE! (Ich erlaube mir, Erfolge zu geniessen.)

310. ACHTE AUF KLEINE FORTSCHRITTE! (Ich erlaube mir, Erfolge zu genießen.)
311. FRAGE DICH, WAS DU WIRKLICH MOECHTEST! (Ich vertraue meinen Ueberzeugungen und Wuenschen.)
312. ARTIKULIERE DEINE EIGENEN VORSTELLUNGEN! (Ich vertraue meinen Ueberzeugungen und Wuenschen.)
313. SAG AUCH MAL NEIN! (Ich vertraue meinen Ueberzeugungen und Wuenschen.)
314. LASS DIR NICHT ALLES GEFALLEN! (Ich vertraue meinen Ueberzeugungen und Wuenschen.)
315. DU DARFST DIR SELBST ETWAS WERT SEIN! (Ich vertraue meinen Ueberzeugungen und Wuenschen.)
316. AM ENDE KANN ALLES IMMER BESSER SEIN! (Ich wuerdige das Erreichte.)
317. VERTRETE DEN WERT DEINER ARBEIT SELBSTBEWUSST! (Ich wuerdige das Erreichte.)
318. NIMM ALLE ERFOLGE BEWUSST WAR! (Ich wuerdige das Erreichte.)
319. DIE MEINUNGEN VON ANDEREN IST ERSTMAL EGAL! (Ich wuerdige das Erreichte.)
320. MAG DICH SELBST, EGAL WAS DU ERREICHST! (Ich wuerdige das Erreichte.)
321. PROBIERE NEUE HOBBYS AUS, OHNE LEISTUNGSDRUCK! (Es gibt noch andere Dinge.)
322. KONTAKTIERE DEINE FREUNDE, SIE FREUEN SICH! (Es gibt noch andere Dinge.)
323. KATZEN TUN DIR GUT! (Es gibt noch andere Dinge.)
324. NIMM DIR ZEIT ZUM LESEN UND SPRACHEN LERNEN! (Es gibt noch andere Dinge.)
325. INTENSIVIERE DEINE BEZIEHUNG! (Es gibt noch andere Dinge.)
326. ANDERE SCHAETZEN DEINE AUSSTRAHLUNG UND ANSICHTEN! (Ich traue mich, offener und gespraechiger zu werden.)
327. DEIN HUMOR KOMMT GUT AN! (Ich traue mich, offener und gespraechiger zu werden.)

328. SETZ DICH NICHT ZU SEHR UNTER DRUCK, WAS GESPRÄCHSINHALTE ANGEHT! (Ich traue mich, offener und gesprächiger zu werden.)
329. FANG GESPRÄCHE AN, IN DEM DU EINFACH ERLEBTES UND MEINUNGEN MITTEILST! (Ich traue mich, offener und gesprächiger zu werden.)
330. FRAGE FREUNDE, BEKANNTE, ETC. OB SIE DIR HELFEN! (Ich kann nicht alles nur alleine schaffen.)
331. ANDERE FREUEN SICH DARÜBER UND KÖNNEN JA NEIN-SAGEN! (Ich kann nicht alles nur alleine schaffen.)
332. ZUSAMMENARBEIT MACHT SPASS UND BRINGT NEUE IDEEN! (Ich kann nicht alles nur alleine schaffen.)
333. VERBANNE DAS TELEFON AUS DEM SCHLAFZIMMER! (Ich Sorge für mich.)
334. GEHE EINMAL DIE WOCHE 1 STUNDE WALKEN! (Ich Sorge für mich.)
335. MACHE EINMAL IM MONAT EINEN SAUNATAG! (Ich Sorge für mich.)
336. SAGE MAL NEIN! (Ich Sorge für mich.)
337. MACHE REGELMÄSSIG ARZTTERMINEN! (Ich Sorge für mich.)
338. NIMM EINEN FEHLER EINFACH HIN! (Ich stehe zu mir.)
339. ENTSCULDIGE DICH NICHT! (Ich stehe zu mir.)
340. MACHE TÄGLICH DIE ÜBUNG: ICH HABE EINEN FESTEN STAND! (Ich stehe zu mir.)
341. MACHE TÄGLICH DIE ÜBUNG: RAUM UND ZEIT FÜR MICH! (Ich stehe zu mir.)
342. NIMM DEINE ERFOLGE BEWUSST WAHR! (Ich stehe zu mir.)
343. NIMM DIR DEINE AUSZEIT FÜR GEBET UND MEDITATION! (Ich achte auf mich.)
344. GEH ZUM ESSEN AN DEN ESSTISCH! (Ich achte auf mich.)
345. ACHTE DEINE GEFÜHLE! (Ich achte auf mich.)
346. SUCHE DIR BEI GESELLSCHAFTEN DEINEN TISCHNACHBARN AUS! (Ich achte auf mich.)
347. KLEIDE DICH BEWUSST! (Ich achte auf mich.)
348. DENKE ZUNÄCHST NACH, BEVOR DU DICH ENTSCHEIDEST! (Ich vertraue mir.)
349. BLEIBE DEINEN ENTSCHEIDUNGEN TREU! (Ich vertraue mir.)

350. LOESE DICH VON DEN GEDANKEN DEINES VATERS! (Ich vertraue mir.)
351. DU BIST MOTIVIEREND, LIEBEVOLL, LEBENSBEJAHEND! (Ich vertraue mir.)
352. DU BIST EINFUEHLSAM, LEIDENSCHAFTLICH, ZAERTLICH! (Ich vertraue mir.)
353. NIMM DIR ZEIT FUER DICH! (Ich habe Beduerfnisse.)
354. HOERE AUF DEINE GEFUEHLE! (Ich habe Beduerfnisse.)
355. VERZEIHE DIR! (Ich habe Beduerfnisse.)
356. HALTE INNE UND SEI ACHTSAM! (Ich habe Beduerfnisse.)
357. DEINE BEDUERFNISSE ZAEHLEN! (Ich habe Beduerfnisse.)
358. OHNE FEHLER LERNST DU NICHTS! (Ich erlaube mir...)
359. AUCH DEINE SCHWAECHEN SIND SYMPATHISCH! (Ich erlaube mir...)
360. LOCKER GEHT ES BESSER! (Ich erlaube mir...)
361. SEI GUT ZU DIR! (Ich erlaube mir...)
362. MACH ES MIT MUSE! (Ich erlaube mir...)
363. FORMULIERE KLAR UND DEUTLICH! (Ich bleibe auf Augenhoehe.)
364. SEI AUTHENTISCH! (Ich bleibe auf Augenhoehe.)
365. BEWERTE NICHT VORSCHNELL! (Ich bleibe auf Augenhoehe.)
366. RESPEKTIERE DICH WIE DEN ANDEREN! (Ich bleibe auf Augenhoehe.)
367. GIB DIE OPFERROLLE AUF UND UEBERNIMM VERANTWORTUNG! (Ich bleibe auf Augenhoehe.)
368. ACHE AUF GEMEINSAME FRUEHSTUECKE MIT DER FAMILIE! (Ich gebe mir und meiner Familie Zeit und Raum.)
369. MITTWOCHABEND IST MAENNERABEND! (Ich gebe mir und meiner Familie Zeit und Raum.)
370. HAST DU DICH UM DEIN HOBBY GEKUEMMERT! (Ich gebe mir und meiner Familie Zeit und Raum.)
371. MACH DEINE ENTSPANNUNGSUEBUNGEN REGELMAESSIG! (Ich gebe mir und meiner Familie Zeit und Raum.)
372. SCHON ETWAS FUER DEINE FRAU GEMACHT? (Ich gebe mir und meiner Familie Zeit und Raum.)
373. PLANE EINEN ABEND MIT FREUNDEN! (Ich gebe mir und meiner Familie Zeit und Raum.)

374. BIST DU ESSEN GEGANGEN? (Ich gebe mir und meiner Familie Zeit und Raum.)
375. GEH REGELMAESSIG INS FITNESSSTUDIO! (Ich gebe mir und meiner Familie Zeit und Raum.)
376. DELEGIERE AUFGABEN! (Ich lasse los.)
377. UEBERDENKE PROJEKTE UND NEUE AUFGABEN GRUENDLICH! (Ich lasse los.)
378. NIMM DAS ERREICHTE BEWUSST WAR! (Ich lasse los.)
379. MACH UM 18 UHR ENDE! (Ich lasse los.)
380. DAS WOCHENENDE GEHOERT DIR UND DEINER FAMILIE! (Ich lasse los.)
381. TRENNE BERUFLICHES UND PRIVATES! (Ich lasse los.)
382. GEBE DEINER FRAU FREIRAUM! (Ich lasse los.)
383. NIMM BEWUSST PAUSEN! (Ich lasse los.)
384. UEBERPRUEFE 2-MAL WOECHENTLICH DEINE WARNSIGNALE! (Ich beachte meinen Koerper und die Psyche.)
385. BIST DU GERADE GEREIZT ODER AGGRESSIV? (Ich beachte meinen Koerper und die Psyche.)
386. SCHLAEFST DU GUT? (Ich beachte meinen Koerper und die Psyche.)
387. PRUEFE DEIN ESSVERHALTEN! (Ich beachte meinen Koerper und die Psyche.)
388. WIE IST DEIN AKKUZUSTAND? (Ich beachte meinen Koerper und die Psyche.)
389. ACHE AUF BEWUSSTES ATMEN! (Ich gehe achtsam durchs Leben.)
390. GENIESSE DEN MOMENT! (Ich gehe achtsam durchs Leben.)
391. UEBE DICH IN ACHTSAMKEIT! (Ich gehe achtsam durchs Leben.)
392. SEI DIR ACHTSAMKEIT BEWUSST! (Ich gehe achtsam durchs Leben.)
393. BEIM EINATMEN FINDE ICH RUHE! (Ich gehe achtsam durchs Leben.)
394. SAGE AUCH MAL NEIN! (Ich bleibe mir treu.)
395. BLEIB AUTHENTISCH! (Ich bleibe mir treu.)
396. HANDLE NACH DEINEN PRINZIPIEN! (Ich bleibe mir treu.)
397. WERDE DIR DEINER BEDUERFNISSE BEWUSST! (Ich bleibe mir treu.)
398. ISS REGELMAESSIG! (Ich Sorge für mein Wohlergehen.)

399. ERLEDIGE DINGE NACHEINANDER! (Ich Sorge für mein Wohlergehen.)
400. GOENNE DIR REGELMAESSIGE PAUSEN! (Ich Sorge für mein Wohlergehen.)
401. HALTE DIE BALANCE EIN! (Ich Sorge für mein Wohlergehen.)
402. FRUEDE UND GLUECK DURCH GUTE TATEN! (Taten bringen Gutes.)
403. HAB VERTRAUEN AUF DEINE FAEHIGKEITEN! (Taten bringen Gutes.)
404. GEH DEINE SCHRITTE SELBSTSICHER VORAN! (Taten bringen Gutes.)
405. HANDELN FUEHRT ZUR LOESUNG! (Taten bringen Gutes.)
406. DEINE KREATIVITAET MACHT ZUFRIEDEN! (Ich kann!)
407. DEINE ENTSCHEIDUNGEN BRINGEN DICH ZUM ZIEL! (Ich kann!)
408. SEI MUTIG! (Ich kann!)
409. DU BIST MITREISSEND! (Ich kann!)
410. DU BIST GROSS UND HASTE EINE EIGENE MEINUNG! (Ich darf widersprechen.)
411. DU BIST GUT SO WIE DU BIST! (Ich darf widersprechen.)
412. SAG AUCH MAL NEIN! (Ich darf widersprechen.)
413. VERTRAU AUF DEINE INTUITION! (Ich darf widersprechen.)
414. NIMM DIR ZEIT FUER DIE NATUR! (Lass Glueck und Freude zu.)
415. RIECHE DIE NATUR! (Lass Glueck und Freude zu.)
416. SCHAU IN DIE NATUR! (Lass Glueck und Freude zu.)
417. STELL DIR FARBEN VOR! (Lass Glueck und Freude zu.)
418. GENIESSE DEINE TOCHTER! (Lass Glueck und Freude zu.)
419. MACHE BEWUSST EINE PAUSE! (Ich darf mir jeder Zeit Pausen goennen.)
420. DENKE IN DEINER PAUSE AN ETWAS SCHOENES! (Ich darf mir jeder Zeit Pausen goennen.)
421. GOENN DIR WIEDER MAL WAS! (Ich darf mir jeder Zeit Pausen goennen.)
422. MACH ETWAS, WAS DIR FREUDE BEREITET! (Ich darf mir jeder Zeit Pausen goennen.)
423. ACHTE BEWUSST AUF NATUR! (Ich darf mir jeder Zeit Pausen goennen.)
424. SAG AUCH MAL NEIN! (Ich darf mir meine Kraefte nach meinem Befinden einteilen.)
425. ACHTE AUF DEINE GEFUEHLE! (Ich darf mir meine Kraefte nach meinem Befinden einteilen.)

426. ACHTE AUF DEIN BEFINDEN! (Ich darf mir meine Kraefte nach meinem Befinden einteilen.)
427. MACH EINE PAUSE! (Ich darf mir meine Kraefte nach meinem Befinden einteilen.)
428. MACH DIR DEINE BEDUERFNISSE BEWUSST! (Ich darf mir meine Kraefte nach meinem Befinden einteilen.)
429. MACH MAL WIEDER EINEN SPAZIERGANG! (Ich darf mir meine Kraefte nach meinem Befinden einteilen.)
430. GIB EINE AUFGABE JEMAND ANDEREM! (Ich darf Aufgaben abgeben.)
431. ACHTE AUF DEINE KRAFT! (Ich darf Aufgaben abgeben.)
432. MACHST DU GERADE ZU VIEL? (Ich darf Aufgaben abgeben.)
433. NIMM DIR ZEIT FUER FREUNDE! (Ich darf Aufgaben abgeben.)
434. ATME MEHRMALS TIEF DURCH! (Ich vertraue meinen Gefuehlen.)
435. HOERE EIN LIED VON SEFORA NELSON! (Ich vertraue meinen Gefuehlen.)
436. STELL DIR VOR, WIE DU AM STAMM EINER EICHE SITZT! (Ich vertraue meinen Gefuehlen.)
437. NIMM DIR ZEIT UND HOERE AUF DEINE INNERE STIMME! (Ich vertraue meinen Gefuehlen.)
438. GEFUEHLE TUN GUT! (Ich vertraue meinen Gefuehlen.)
439. SAMMLE DEINE SONNENSTRAHLEN! (Ich mache mich frei von Beurteilungen.)
440. SCHAU DIR DEINE SCHAETZE AN! (Ich mache mich frei von Beurteilungen.)
441. DEINE SKILLS HELFEN DIR! (Ich mache mich frei von Beurteilungen.)
442. LASS ALLES OHNE KOMMENTAR SO STEHEN, WIE ES IST! (Ich mache mich frei von Beurteilungen.)
443. SCHAU AUF DEINE STAERKENLISTE! (Ich entdecke meinen Wert.)
444. ACHTE DICH SO WIE DU BIST UND TUE DIR ETWAS GUTES! (Ich entdecke meinen Wert.)
445. DEIN WERT LIEGT IN DIR SELBST, EGAL WAS DU TUST! (Ich entdecke meinen Wert.)
446. GLAUBE AN DICH! (Ich entdecke meinen Wert.)
447. DENKE BEWUSST AN EINE STAERKE VON DIR UND TRAGE SIE FUER HEUTE BEI DIR! (Ich entdecke meinen Wert.)

- 448. FOLGE DEINEM ERSTEN IMPULS! (Ich tue es einfach.)
- 449. KOMM IN BEWEGUNG! (Ich tue es einfach.)
- 450. FANG AN, DAS ANDERE FOLGT NACH! (Ich tue es einfach.)

Lebenslauf ist in der Online-Version aus Gründen des Datenschutzes nicht enthalten.

Danksagung

Ich bedanke mich herzlich bei Herrn PD Dr. Dr. N. Bergemann, der mich für das Dissertationsvorhaben 2011 nach dem 4. Bad Arolser Psychosomatik-Symposium erst ermutigt hat. Besonderen Dank gilt Frau Dr. C. Altstötter-Gleich die mit pädagogischem Feingefühl meine vagen Vorstellungen zu einem Dissertationsthema verdichtet und mich konstruktiv sowie geduldig unterstützte.

Frau Prof. Dr. A. Schröder danke ich, dass Sie mich als externen Doktoranten in ihrem Arbeitsbereich aufgenommen hat und mich ebenfalls sehr geduldig und konstruktiv betreute.

Zudem danke ich meiner Frau Nilab Ortmann „mir den Rücken freigehalten zu haben“ und verspreche meiner Tochter Nuala, die während der Erstellung versäumte gemeinsame Zeit nachzuholen. Jörg „Lupo“ Boese gilt mein besonderer Dank für seine geduligen abendlichen Korrektorendienste.

Erklärung

Hiermit erkläre ich die Dissertation selbst angefertigt und die von mir benutzten Hilfsmittel in der Arbeit angegeben zu haben.

Auch habe ich die vorliegende Arbeit oder Teile hiervon noch nicht als Prüfungsarbeit für eine staatliche oder andere wissenschaftliche Prüfung bzw. bei einer anderen Hochschule als Dissertation eingereicht.

Kassel, April 2016

Manuel R. Ortmann