UvA-DARE (Digital Academic Repository)

'Interapy' Burn-out: Prävention und Behandlung von Burn-out über das Internet

Lange, A.; van de Ven, J.P.; Schrieken, B.; Smit, M.

DOI

[10.1159/000080915](https://doi.org/10.1159/000080915)

Publication date

2004

Document Version

Final published version

Published in

Verhaltenstherapie

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Lange, A., van de Ven, J. P., Schrieken, B., & Smit, M. (2004). 'Interapy' Burn-out: Prävention und Behandlung von Burn-out über das Internet. *Verhaltenstherapie*, 14, 190-199.
<https://doi.org/10.1159/000080915>

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

'Interapy' Burn-out: Prävention und Behandlung von Burn-out über das Internet

A. Lange^a J.-P. van de Ven^b B. Schrieken^b M. Smit^c

^a Abteilung für Klinische Psychologie, Universität Amsterdam,

^b 'Interapy' BV, Amsterdam,

^c Amsterdam, Niederlande

Schlüsselwörter

Internet-Therapie · Stress: chronischer, arbeitsbedingter · Hausaufgaben · Selbstregulation

Zusammenfassung

Hintergrund: In den vergangenen Jahren wurden verschiedene computerbasierte klinische Interventionsprogramme ohne direkte Klient-Therapeut-Interaktion entwickelt, deren Wirksamkeitsnachweise unterschiedlich ausfielen. Das Internet bietet neue Möglichkeiten, wie zum Beispiel standardisierte Interventionsprogramme, bei denen ein Therapeut durchaus mit dem Klienten in Verbindung steht, ohne dass beide einander persönlich treffen. Der Therapeut reagiert auf die Texte des Klienten und umgekehrt. Das ist die Grundlage des hier beschriebenen niedrigschwelligen 'Interapy'-Programms, das zur Behandlung von Burn-out (arbeitsbedingten Belastungsreaktionen) entwickelt wurde: www.interapy.nl. Der vorliegende Artikel beschreibt die Vorgehensweise und die Bestandteile dieses Programms sowie eine Erfolgsstudie. **Methode:** In einer randomisierten kontrollierten Studie (n = 133) wurde eine Behandlungsgruppe mit einer Kontrollgruppe, die ausschließlich Psychoedukation erhielt, verglichen. **Ergebnisse:** In der Behandlungsgruppe konnte eine signifikante Reduzierung der Burn-out-Symptome sowie der Angst- und Depressionssymptomatik festgestellt werden. **Illustration:** Die Mitautorin, die die Behandlung als Klientin erlebt hat, gibt eine Beschreibung der Behandlung aus ihrer Sicht. **Diskussion:** Die spezifischen Elemente des Behandlungsprogramms und des Vorgehens, welche die starken Effekte erklären, werden diskutiert.

Key Words

Internet treatment · Stress: chronic, work-related · Writing assignments · Self-regulation

Summary

'Interapy' Burnout: Prevention and Therapy of Burnout via the Internet

Background: In recent years a lot of computer-driven self-help programs have been developed in which no client-therapist interaction whatsoever takes place. These programs have yielded varying successes. The Internet offers new possibilities, including treatment programs in which clients do interact with their therapist, without the two ever meeting face to face. The therapist responds to client input and vice versa. This is the essence of the low-threshold Interapy program for treatment of burnout (work-related stress): www.interapy.nl. In this article we describe the development of this Internet treatment, its procedures and interventions and an outcome study. **Method:** Randomized controlled trial (n = 133) comparing the treated group to a psycho-education only control group. **Results:** Significant improvements and high effect sizes on burnout symptoms, anxiety and depression were yielded in the experimental group, in comparison to the control group that received psycho-education only. **Illustration:** The treatment is illustrated by a case description written by the client (the fourth author) herself. **Discussion:** The specific elements that explain the high effect sizes of this treatment are discussed.

Einleitung

Inhalt und Organisation des Arbeitslebens haben in den letzten Jahrzehnten tief greifende Veränderungen durchgemacht [Miller und Gergen, 1998]. Unternehmen haben heutzutage flachere Hierarchien und sind flexibler und marktorientierter geworden. Zusätzlich haben schnellere Kommunikationsmöglichkeiten für erhebliche Veränderungen in der Arbeitswelt gesorgt. Infolge dieser neuen Entwicklungen hat der Arbeitsdruck bedeutsam zugenommen. Die Häufung der Fälle von Überarbeitung, Burn-out und chronischer Müdigkeit wird dem erhöhten Arbeitsdruck zugeschrieben. Die Anzahl von Stressbeschwerden und stressbedingten Ausfällen aus dem Arbeitsprozess ist in den vergangenen Jahren größer geworden. Burn-out-Beschwerden entwickeln sich oft als Konsequenz einer Kombination von folgenden Aspekten: zu hohe Arbeitsbelastung, hohes Maß an Ehrgeiz, Fehlen von Anerkennung im Arbeitskontext, Reorganisation und Konflikte am Arbeitsplatz. Das niederländische Zentralamt für Statistik gab im Jahr 2000 an, dass jeder zehnte Arbeitnehmer unter Stressbeschwerden leidet (www.cbs.nl). Jeder dritte Invalidenrentner ist aufgrund von psychischen Beschwerden für arbeitsunfähig erklärt worden. Häufig handelt es sich dabei nicht um schwere psychopathologische Erkrankungen, sondern um Anpassungsstörungen, zu denen auch Überarbeitung gehört. Es zeichnen sich deutliche Risikogruppen ab: die Berufsgruppen im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialwesen, der Polizei und des Hotel- und Gastronomiebereiches. Frauen unterliegen eher der Gefahr, an Burn-out zu leiden, als Männer. Oft besteht ein Zusammenhang zwischen Symptomen von chronischem Stress oder Burn-out und Persönlichkeitsmerkmalen wie Perfektionismus, einer zu hohen Erwartungshaltung, Idealismus, Loyalität und Pflichtbewusstsein.

Die oben genannten gesellschaftlichen Veränderungen haben zur Folge, dass immer mehr Menschen in Stresssituationen geraten. Stress an sich muss sich nicht immer negativ auswirken. Die physiologischen Komponenten von Stress haben auch positive Effekte: Das sympathische Nervensystem wird derart aktiviert, dass größere Leistungen möglich sind [van Doornen, 2001]. Zum Problem wird Stress erst, wenn der Mensch zu lange seine Grenzen überschreitet, der akute Stress chronisch wird und der Mensch dabei das Kontrollgefühl verliert. Noch schwieriger wird es, wenn sich dann das Selbstwertgefühl verringert, was häufig auch noch von der Umgebung – Kollegen oder Vorgesetzten – verstärkt wird. Von Burn-out spricht man, wenn der chronische Stress mit der Arbeit verbunden ist und schon längere Zeit zu körperlichen Symptomen (wie Muskelschmerzen, Rückenschmerzen, Schwindel, Spannungskopfschmerzen, Magen-Darm-Beschwerden, Muskelverspannungen), emotionalen Symptomen (wie Reizbarkeit, Zynismus, Abstumpfung, Trübsinn) und kognitiven und Verhaltenssymptomen (Ineffizienz, Gedächtnisschwund, Konzentrationsprobleme, Schlafprobleme) geführt hat. Hoogduin et al. [2001] weisen zu Recht auf die

Überschneidung von Burn-out-Symptomen und Störungen wie Depression und Angst hin. Dennoch bestehen Unterschiede zwischen Angst und Depression und Burn-out: Bei Depressionen findet man beispielsweise Tagesschwankungen, bei Burn-out nicht. Bei Depressionen spielt oft eine Rolle, dass der Patient zu früh erwacht und dann nicht mehr einschlafen kann. Bei Burn-out-Patienten geht es meist um das Ein- und Durchschlafen. Burn-out-Patienten haben meist noch Aktivitäten, die ihnen Freude machen, bei depressiven Patienten ist das viel seltener der Fall. Angstpatienten erleben häufig eine allgemeine Form von Angst und Unsicherheit. Bei Burn-out-Patienten ist die Angst meist mit der Arbeit verbunden, und ihr Beginn ist besser festzustellen.

Arbeit ist nicht der einzige Faktor, der zu Burn-out-artigen Beschwerden führen kann. Auch Stresssituationen im Privatleben wie Beziehungsprobleme und andere negative «Life Events» können in Kombination mit Arbeitsproblemen die Situation zur Eskalation bringen. Oft wird behauptet, dass Burn-out dadurch entsteht, dass die Person ihre Aufgaben nicht richtig angeht. Immer wieder wird die Rolle, welche die Umgebung dabei spielt, vergessen. Für die meisten Menschen ist auch ein hohes Maß an Stress gut auszuhalten, wenn ihr Selbstwertgefühl nicht beeinträchtigt ist und wenn sie sich bei der Erfüllung ihrer Aufgaben geschätzt fühlen. Viele Menschen, die durch Burn-out zum Invalidenrentner werden, haben in der Vergangenheit ausgezeichnet funktioniert, bis im Unternehmen ungünstige Veränderungen eingetreten sind: zum Beispiel durch eine Reorganisation des Unternehmens, in deren Folge Aufgaben gestellt wurden, denen man nicht gewachsen war, oder durch einen neuen Vorgesetzten, der kein Vertrauen in einen setzte oder sich abwertend verhielt. Van Meer [2000] hat dazu einige sehr anschauliche Beispiele gegeben. Wenn in einer therapeutischen Behandlung zunächst keine Verbesserung der Situation des Klienten erzielt werden kann, sollte man dem Klienten zumindest dabei helfen, Strategien zu entwickeln, um mit der derzeitigen Lage besser umgehen zu können und wehrhafter zu werden [Demerouti et al., 2001].

Will man Burn-out besser verstehen, sind Kenntnisse der physiologischen Folgen von chronischem Stress wichtig. Van Doornen [2001] beschreibt sie folgendermaßen: Der Körper passt sich belastenden Situationen durch eine erhöhte Ausschüttung von Adrenalin und Cortisol an. Diese Stoffe stärken den Körper im Kampf gegen Stress. Wenn Menschen unter lang andauerndem Stress leiden, gerät der Körper aus dem Gleichgewicht. Zu hohe oder zu niedrige Konzentrationen dieser Stoffe schaden dem Körper. Diese Situation kann mit einem Kessel verglichen werden, dessen Thermostat immer höher geschraubt wird: Schlussendlich explodiert er. Chronischer Stress löst im menschlichen System unter anderem Überreiztheit, verringerten Widerstand gegen Infektionen, Konzentrationsprobleme und Schlaflosigkeit aus, also die Symptome des Burn-out-Syndroms. Burn-out ist also keine subjektive Empfindung des Betroffenen. Zusammenfas-

send kann man sagen: Burn-out-Symptome treten auf, wenn zwischen den Erwartungen und der täglichen Wirklichkeit eine Diskrepanz besteht. Diese Diskrepanz kann sich auf die Erfüllung von Aufgaben beziehen, aber auch auf emotionale Investitionen, wenn diese größer sind als das, was im Gegenzug zurückgegeben wird.

In den letzten Jahrzehnten wurden verschiedene Interventionen, die zur Behandlung von Burn-out eingesetzt werden, untersucht [van Dierendonck et al., 1998]. Im Allgemeinen basieren die Interventionen auf Entspannungsverfahren (Entspannungsübungen, Atemregulierung), auf Veränderung der Kognitionen (Aspirationsniveau, Grübeln, Selbstbild), auf Verhaltensmodifikationen (Zeit-Management, Grenzen setzen) und auf Reintegration.

In den vergangenen Jahren wurden verschiedene Behandlungsprogramme entwickelt, in denen diese Art von Interventionen kombiniert werden. Die Programme sind von unterschiedlicher Länge. Terluin und Hekkelman-de Bie [2000] beschreiben ein Projekt zur Behandlung von überarbeiteten Arbeitnehmern. Der Betriebsarzt verschrieb eine kurzzeitige Behandlung von durchschnittlich 6 Sitzungen durch einen Psychotherapeuten. Diese Behandlung dauerte maximal 2 Monate und umfasste alle 1–2 Wochen ein Gespräch. Zweck der Behandlung war, ein deutliches Bild der Problematik zu erhalten. Danach wurde die Ursache der Beschwerden gesucht und eine positive Aussicht auf Genesungsmöglichkeiten entwickelt. Dann wurde der Patient mit Ratschlägen und Informationen motiviert, selber etwas zur Bewältigung seiner Probleme zu tun. Die Teilnehmer waren im Allgemeinen mit dem Projekt zufrieden. Viele berichteten, dass ihnen die Behandlung sehr geholfen habe. Dazu hätten sowohl der leichte Zugang zur Behandlung als auch der sofortige Beginn und die kurze Dauer beigetragen.

In den vergangenen Jahren wurden verschiedene computerbasierte klinische Interventionsprogramme entwickelt, in denen keine Klient-Therapeut-Interaktion stattfand. Die Ergebnisse sind unterschiedlich [Hester und Delaney, 1997; Marks et al., 1998; Miller und Gergen, 1998; Schneider et al., 1990; Servan-Schreiber, 1986]. Mittlerweile bestehen für verschiedene Störungen Behandlungsangebote, in denen der Therapeut Anleitungen und Rückmeldungen über das Internet erteilt [Carlbring et al., 2002; Celio et al., 2000; Lange et al., 2003a; Ritterband et al., 2003; Smith und Senior, 2001; Ström et al., 2000, 2004]. In diesem Artikel werden die Entwicklung und die Ergebnisse eines ausschließlich internetbasierten Behandlungsmanuals für Burn-out-Beschwerden beschrieben.

Methode

Aufbau der Webseite (www.interapy.nl)

Der Aufbau des 'Interapy'-Burn-out-Programms gleicht dem des früher entwickelten 'Interapy'-Programms zur Behandlung von posttraumatischem Stress, auch posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) genannt [Lange et al., 2003a]. Das Programm beginnt mit Psychoedukation, einem

Screening und dem «Informed Consent» des Klienten. Nach der Vormessung folgen die Behandlung, die Nachmessung und die Follow-up-Messung nach 6 Wochen. Jeglicher Kontakt zwischen dem Therapeuten und dem Klienten verläuft über das Internet. Der Klient beschreibt die anfänglichen Probleme, erhält genaue Aufträge für die Hausaufgaben in den nächsten Tagen, sendet seine Reaktionen digital zum Therapeuten, der wiederum darauf Bezug nimmt und neue Anweisungen erteilt. Die Therapeuten verfügen auch über eine Hotline, der sie Anweisungen und eventuelle Kommentare für ihre Reaktionen auf den Beitrag des Klienten entnehmen können. Die 'Interapy'-Burn-out-Behandlung enthält neben den Interventionen, die im weiteren Text beschrieben werden, folgende Bestandteile:

Selbsttest: Die Klienten können an einem Test teilnehmen und selbst feststellen, in welchem Grad sie überarbeitet sind oder Symptome von Burn-out bei ihnen vorliegen.

Psychoedukation: Vor, aber auch während der Behandlung erhalten die Klienten Informationen über die Symptome, die oft mit Burn-out einhergehen. Übereinstimmungen und Unterschiede zwischen chronischem Stress und Burn-out werden erklärt, wie auch der Zusammenhang zwischen Depression und Burn-out. Den Klienten wird das Entstehen von Burn-out aufgezeigt. Sie erfahren beispielsweise, dass gerade Personen mit großem Verantwortungsgefühl und Neigung zu Perfektionismus besonders gefährdet sind, ein Burn-out-Syndrom zu entwickeln, und dass chronischer Stress einen Teufelskreis erzeugen kann (man funktioniert weniger gut, vergisst Dinge durch Stress und Konzentrationsmangel; darüber macht man sich wiederum Sorgen usw.). Auch die physiologischen Prozesse, die dabei eine Rolle spielen, werden erläutert. In dieser Phase erhalten die Klienten spezifische Informationen über die Behandlung, über den Austausch mit dem Therapeuten, die Vertraulichkeit der Informationen und den Aufbau der Behandlung: Zunächst wird Bezug auf die Vergangenheit genommen (wie ist es so weit gekommen; Einblick erhalten), dann die Gegenwart (Interventionen; Dinge verändern) und die Zukunft (Reintegration und Prävention eines Rückfalls). Darüber hinaus werden die Klienten auf Internetadressen hingewiesen, wo sie weitere Informationen und andere Behandlungsweisen finden können.

Die *Psychoedukation* richtet sich nur an den Klienten selbst und beschränkt sich auf die Erteilung von Informationen. In dieser Hinsicht weicht unsere Definition der Psychoedukation von der von Dixon et al. [2001] ab. Ihrer Auffassung nach ist Psychoedukation eine Behandlungsweise, bei der die Umgebung des Klienten (Familie, Partner) aktiv miteinbezogen werden sollte. Zur Psychoedukation gehört hierbei auch, dass die Familie neue Fertigkeiten erlernt und die Kommunikation verbessert wird. Dieser erweiterten Auffassung der Psychoedukation schließen wir uns hier nicht an.

Screening und Informed Consent: Die Klienten senden ein Informed-Consent-Formular und beantworten online die Screening-Fragebögen. Die folgenden Ausschlusskriterien gelten für die Teilnahme bei 'Interapy': Schwerer Alkohol- und Drogenmissbrauch, Psychose, Dissoziation und schwere Depression. Auch Personen unter 18 Jahren oder Personen, die gleichzeitig wegen derselben Probleme in Behandlung sind, können nicht teilnehmen. Das Screening beginnt mit einem *biographischen Fragebogen*. Hierin sind Fragen über Alkohol- und Drogenkonsum, Medikamente und Vorbehandlungen enthalten. Beim Screening werden die im Folgenden beschriebenen standardisierten und validierten Messinstrumente angewandt. Eine detaillierte Beschreibung findet man bei Lange et al. [2003a].

Psychosefragebogen (GL) [Lange et al., 2000] – Diagnose psychoseartiger Symptome, wie sie im DSM-IV definiert werden.

Der Somatoforme Dissoziationsfragebogen (SDQ-5) [Nijenhuis et al., 1997].

Der Suizidrisiko-Fragebogen (SRT) [Arnoldi et al., in Vorbereitung] – ein kurzer Fragebogen (6 Punkte), der den Suizidalitätsgrad feststellt. Dieser Fragebogen wurde aufgrund von Befunden von Kerkhof [Blaauw und Kerkhof, 1999] erstellt. Hierin werden Selbstmordpläne und konkrete Selbstmordversuche in der Vergangenheit, aber auch Verzweiflungsge-

fühle und Selbstmordabsichten zum aktuellen Zeitpunkt untersucht. Auch Personen mit momentaner Selbstmordneigung, kürzlich unternommenen Selbstmordversuchen oder Personen, deren Verzweiflung aktuell groß ist oder die in ihrem Leben bereits einen konkreten Versuch unternommen haben, werden von der Teilnahme ausgeschlossen.

Am Schluss des Screenings wird eine kurze Beschreibung der traumatischen Ereignisse erfragt. Alle Fragebögen (für Screening und Wirkungsmessung) werden online erhoben und automatisch geprüft. Wenn Klienten in einem bestimmten Fragebogen einen zu hohen Wert erzielen, werden sie automatisch darüber unterrichtet, aus welchen Gründen sie nicht am Programm teilnehmen können. Ihnen werden Vorschläge für Alternativen im regulären Therapiebereich unterbreitet.

Messinstrumente

Während des Screenings werden bei den Klienten folgende Messungen vorgenommen:

Biographischer Fragebogen: Er beruht auf dem für 'Interapy'-PTBS entworfenen Fragebogen und wurde um spezifische Fragen für die Burn-out-Behandlung erweitert. Er wird einmalig vor der Behandlung eingesetzt. Der Klient gibt Auskunft über Alter, Familienstand, Ausbildung, Tätigkeiten, bisherige Dauer der Beschwerden oder den Einfluss, den Lebensumstände auf sie haben, und die Art und Weise, wie sich Symptome von Spannung und Burn-out äußern.

Utrechter Burn-out-Skala (UBOS) [Schaufeli und Van Dierendonck, 2000]: UBOS ist die niederländische Version des Maslach Burn-Out Inventory [Maslach et al., 1986; Schaufeli und Enzmann, 1998]. Bei 'Interapy' wird die Version für den allgemeinen Gebrauch (*UBOS-A*) angewandt, die für jede Berufstätigkeit geeignet ist. Die UBOS enthält drei Subskalen: Erschöpfung, Zynismus und Gefühl der Inkompetenz mit insgesamt 15 Punkten. Die mit Cronbachs alpha gemessene interne Konsistenz entspricht für alle Skalen dem Kriterium von $\alpha = 0,70$, aber nur die Erschöpfungsskala ist wirklich zuverlässig. Die UBOS wird drei Mal angewandt (vorher, nachher und beim Follow-up).

Die *Depression-Angst-Stress-Skala (DASS)* wird zur Diagnose des allgemeinen psychischen Funktionierens benutzt. Es geht hier um die niederländische Anpassung der Depression Anxiety Stress Scale [Lovibond und Lovibond, 1995]. Die DASS besteht aus 42 Punkten; 14 Punkte je Subskala. Die interne Konsistenz der drei Subskalen ist ausgezeichnet (α zwischen 0,94 und 0,97). Die Test-Retest-Reliabilität ist ausreichend bis hoch (zwischen $r = 0,75$ und $r = 0,89$). Auch die DASS wurde drei Mal angewandt.

Bewertungsfragebogen Burn-out (EVL-burn-out). Der EVL enthält 25 Fragen über: die Länge der Fragebögen, wie sinnvoll die verschiedenen Teile der Behandlung empfunden wurden, die Qualität der Betreuung und die Meinung über das Medium Internet für die Behandlung. In der Mitte der Behandlung wird eine gekürzte Version (17 Punkte) des EVL angewandt, damit die Behandlung den Wünschen des Klienten angepasst werden kann. Am Ende werden auch die spezifischen Abschnitte des zweiten Teils der Behandlung bewertet.

Interventionen

Nach Beendigung der Vormessungen beginnt die Behandlung. Die Klienten erhalten jetzt kontinuierlich Psychoedukation und Anweisungen für spezifische Übungen. Sie setzen sich damit auseinander und senden dem Therapeuten ihre Eindrücke und Reaktionen. Innerhalb eines Arbeitstages kommentiert der Therapeut die Texte und schreibt neue Anweisungen an den Klienten. Insgesamt dauert die Behandlung mindestens 7 Wochen, manchmal auch etwas länger. Die Therapeuten sind nicht nur erfahren und geschult im Umgang mit dem Programm, sondern auch im empathischen, respektvollen und stimulierenden Umgang mit dem Klienten. Die Klienten bekommen immer klare Instruktionen und Formulare zugeschickt. Das Interventionsprogramm besteht aus den folgenden Phasen:

Phase 1. Bewusstwerdung: Selbstbeobachtung und Schreiben

Hier lernen die Klienten die Anzeichen von Stress (körperlich, Gedanken, Emotionen oder Verhalten) erkennen. Mit gezielten Schreibaufträgen sollen sie sich der Ursachen ihres Stresses bewusst werden. Die Klienten schreiben zwei Texte. Nach dem ersten Schreiben erhalten sie von ihrem Therapeuten gegebenenfalls Kommentare und Ratschläge, wie der Inhalt noch mehr fokussiert werden kann. Sie beobachten täglich, welche Zeichen von Spannung sie empfinden und wie stark diese Spannung ist.

Phase 2. Bewusstwerdung: Entspannung und Schlafhygiene

Inzwischen erkennen die Klienten die Signale von Spannung und Stress. Sie lernen, sich mit Hilfe gezielter Muskelentspannungsübungen, geistiger Entspannung und Verhaltensvorschriften zu entspannen. In dieser Phase finden mehrere Kontakte statt, wobei der Klient beschreibt, wie er sich fühlt, und der Therapeut reagiert darauf mit ergänzenden Anweisungen. Auch Instruktionen für die Schlafhygiene [Morin, 1993] werden jetzt erteilt. Viele Menschen mit Burn-out leiden unter Schlafproblemen, welche häufig durch falsche Schlafgewohnheiten verursacht werden. Einige Instruktionsbeispiele: Nicht tagsüber schlafen, nicht extra lang schlafen, eine Stunde vor dem Schlafengehen keine anstrengenden Tätigkeiten oder Gespräche führen, sondern entspannende Aktivitäten vor dem Schlafen ausführen. Eventuelle Partner sollten diesen Teil des Programms kennen.

Phase 3. Kognitive Umstrukturierung: Das Grübelprogramm

Menschen, die unter chronischem Stress und Burn-out leiden, haben im Allgemeinen häufig negative Gedanken und grübeln zu Zeit und Unzeit darüber. In dieser Phase sollen die Klienten die Momente ständigen Grübelns erkennen und versuchen, Struktur hineinzubringen, indem sie zum Beispiel nicht mehr den ganzen Tag in grüblerische Gedanken verfallen, sondern drei Mal wöchentlich 20 Minuten dafür reservieren. Jedes Mal, wenn das Grübeln beginnt, sollen sie sich eine kurze Notiz machen (Stichwort) und sie für die «Grübelzeit» bewahren. Damit lernt der Klient, wie er mit den grüblerischen Gedanken umgehen und alternative Gedanken abrufen kann. Hier helfen die Prinzipien der kognitiven Therapie: Gedankenfehler erkennen wie Schwarz-Weiß-Denken, übertrieben Verallgemeinern, Fehler nur sich selbst zuschreiben, Katastrophenszenarien, Übertreiben und positive Erlebnisse negieren [McKay et al., 1997]. In dieser Phase gibt es mehrere Kontakte zwischen Therapeut und Klient, wobei der Therapeut Kommentare geben und die Anweisungen fokussieren und dirigieren kann.

Phase 4. Kognitive Umstrukturierung: Fokussierung auf positive Eigenschaften

Jetzt befinden sich die Klienten in der Hälfte des Programms. Die Klienten werden angewiesen, sich ihrer eigenen positiven Seiten stärker bewusst zu werden, da diese in Stresszeiten und depressiven Perioden meistens vernachlässigt werden. Mit Hilfe des Therapeuten wird ein Aufsatz über positive Eigenschaften verfasst, wobei die wichtigsten Qualitäten besonders hervorgehoben und auf eine Karte geschrieben werden. Diese Karte soll der Klient täglich mehrmals lesen. Diese Übung ist inzwischen eine bewährte Methode in der kognitiven Therapie [Lange et al., 1998, 1997].

Phase 5. Soziales Verhalten

Burn-out-Patienten laufen große Gefahr, in Konflikt mit ihrer direkten Umgebung zu geraten. Manchmal sind diese Konflikte (mit)verantwortlich für die Überreiztheit. Aber umgekehrt ist es auch möglich, dass die betreffende Person durch ihre Überreiztheit unfreundlich und aggressiv ist – sowohl bei der Arbeit als auch zu Hause. Die Klienten erhalten daher ein kurzes Training in sozialen Fertigkeiten. Sie üben unter anderem, auf nicht abweisende Art und Weise Grenzen zu setzen, darauf zu achten, dass der andere sein Gesicht nicht verliert, Komplimente zu machen und Anerkennung auszusprechen. Dies ist nicht nur sinnvoll, weil der andere es als positiv erfährt, sondern auch, weil es sich auf den Klienten selbst positiv auswirkt. Er fühlt sich selbst besser.

Phase 6. Zeit-Management

Burn-out-Klienten neigen dazu, viele Dinge gleichzeitig erledigen zu wollen. Sie möchten niemanden enttäuschen und im Eiltempo beste Arbeit leisten. In dieser Phase erkennen sie, wie sie mit Aufgaben, beruflichen Tätigkeiten und entspannenden Aktivitäten in ihrem Alltag umgehen. Danach werden ihnen (Übungs-)Vorschläge von ihrem Therapeuten gemacht, um mögliche Veränderungen umzusetzen. Sie lernen beispielsweise, Grenzen zu setzen und auf eine Bitte nicht sofort «ja» zu sagen; Prioritäten, Arbeitsumfang und Wichtigkeit gewisser Tätigkeiten zu berücksichtigen. Sie lernen dadurch, Tätigkeiten entweder sofort auszuführen oder aufzuschieben und zu delegieren. Ebenso lernen sie, erholsame Aktivitäten zu planen und sich selbst zu belohnen.

Phase 7. Zukunft, Reintegration und Rückfallprävention

Diejenigen, die momentan nicht arbeiten oder nur einen Teil ihrer Arbeit verrichten, erhalten in dieser Phase Vorschläge für eine allmähliche Rückkehr in das Berufsleben. Der Therapeut weist den Klienten außerdem darauf hin, dass ein Rückfall möglich ist, auch wenn es ihm derzeit besser geht. Die Klienten erhalten Anweisungen, auf eventuelle Signale zu achten. Darüber hinaus stellen sie ihr eigenes «Rückfallpräventions-Toolkit» aus früheren eingeübten Elementen zusammen. Dieses «Toolkit» können sie ausdrucken und in ihrem Haus aufhängen, als Symbol für die Zukunft.

Voruntersuchungen

Vorab wurden zwei kleine Pilotstudien durchgeführt, um Erfahrungen mit dem Programm zu sammeln. In der ersten Pilotstudie wurden die Versuchspersonen aus dem Umfeld der Forscher ausgewählt [Bronner, 2002; Marijt und Vroegindewij, 2003]. Im Hinblick auf Angst, Depression und Stress und auf den Subskalen Erschöpfung und Gefühl von Inkompetenz der UBOS wurden wesentliche Verbesserungen gefunden. Die Auswirkungen waren nicht groß, das war angesichts der Population aber auch nicht zu erwarten. Die zweite Studie enthielt eine weitere Ausarbeitung des Protokolls und wurde bei Personen, die sich über Inserate in den Medien angemeldet hatten, eingesetzt [Abels-Reguera und Brunner, 2002].

Randomisierte Kontrollstudie

Die Teilnehmenden wurden randomisiert der experimentellen oder der Kontrollgruppe zugewiesen. Die experimentelle Gruppe bekam sofort aktive Behandlung, die Kontrollgruppe erhielt nur Psychoedukation und wurde erst später aktiv behandelt (nachdem die experimentelle Gruppe behandelt war). Den Angemeldeten wurde vorher der Untersuchungsplan erläutert, so dass sie auf die Möglichkeit, erst 7 Wochen nach der Zulassung aktiv behandelt zu werden, vorbereitet waren.

Die Messungen wurden vor der Behandlung, sofort nach Abschluss und 6 Wochen später vorgenommen. In den beiden Pilotstudien und dieser Untersuchung wurde die Therapie noch mit persönlichen E-Mails durchgeführt, denen immer «feste» Attachments beigelegt waren [vgl. auch Jager et al., 2004].

Teilnehmende

Nach einer Veröffentlichung in einer niederländischen Tageszeitung meldeten sich 344 Teilnehmende für die Studie an. 93 Kandidaten fielen durch das Screening aus. Die übrigen 251 potentiellen Teilnehmenden wurden im Verhältnis 2:1 auf die beiden Gruppen verteilt, da nicht mehr Personen als nötig auf die aktive Behandlung warten sollten. Die aktive Behandlungsgruppe bestand daraufhin aus 167 Personen, die Kontrollgruppe aus 84. Zwölf Personen aus der Behandlungsgruppe hatten aus unbekannten Gründen nicht mit der Behandlung begonnen (sie reagierten nicht auf die Schreiben von 'Interapy'). 14 Personen wurde von 'Interapy' kurz nach Beginn der Behandlung geraten, davon abzusehen, da andere Beschwerden vorherrschten. Sie wurden an eine andere Stelle

verwiesen. Während der Behandlung schieden weitere 20 Personen aus. Acht von ihnen hörten auf, weil es ihnen so gut ging, dass weitere Behandlung unnötig war. Die anderen hatten verschiedene Gründe: Computerprobleme, eine Behandlung bei einem anderen Therapeuten, bei genauerer Betrachtung keine Zeit oder «private Umstände», die die Teilnahme verhinderten. Bei weiteren 25 Klienten konnten die Daten wegen zu vieler fehlender Werte («Missing Values») nicht analysiert werden. Schlussendlich blieb eine Behandlungsgruppe von 96 Personen übrig. In der Kontrollgruppe schieden 47 aus ähnlichen Gründen aus (18 unbekannt, 24 während der Behandlung und 5 wegen unvollständiger Daten). Schließlich blieben 37 Klienten für die Analysen übrig. Van Lawick und Stoop [2003] untersuchten, inwieweit sich die Dropouts von denjenigen, welche die Behandlung bis zum Ende mitgemacht hatten («Completers»), unterschieden und ob ein Unterschied zwischen Teilnehmenden, die verhältnismäßig spät aus der Behandlung ausschieden (späte Dropouts), und frühen Dropouts bestand. Sie konstatierten, dass die Dropouts älter waren als die Completers. Unter den späten Dropouts befanden sich mehr Frauen als Männer. Hinsichtlich Alter, Familienstand, Arbeit oder keine Arbeit, Dauer und Schweregrad der Beschwerden gab es keine Unterschiede.

Die Behandlungsgruppe bestand aus 62 Frauen und 34 Männern im Alter von 26–60 Jahren, mit einem Durchschnittsalter von 44 Jahren ($SD = 8,1$). Das Ausbildungsniveau war hoch (84% Fachhochschule und höher). 53% der Klienten waren vollbeschäftigt, 13% in Teilzeitarbeit, 27% waren krankgeschrieben und 7% waren arbeitslos. Die Dauer der Beschwerden schwankte zwischen 2 Monaten und 40 Jahren mit einem Mittelwert von 39 Monaten ($SD = 62,4$ Monate). Man beachte, dass bei der Inspektion der Rohdaten ein Teilnehmer bezüglich der Dauer der Beschwerden stark von den anderen abwich, nämlich 480 Monate. Ohne diesen Teilnehmer schwankte die Dauer der Beschwerden in der Stichprobe von 2 bis zu 180 Monaten ($M = 34$, $SD = 37,2$). Der Behandlungsbefund dieses Teilnehmers wies aus, dass Komorbidität (vornehmlich posttraumatischer Stress) die Ursache dieser langen Dauer war. Aber da er bei der Anmeldung auch deutliche Burn-out-Beschwerden hatte, wurde er auf die übliche Weise behandelt, und seine Daten wurden in den statistischen Analysen aufgenommen.

Die Klienten schrieben ihre Beschwerden oft ihrer Arbeit zu (Reorganisationen und Veränderungen der Arbeitsstelle, Konflikte mit Kollegen, mangelnde Unterstützung oder Wertschätzung der Vorgesetzten oder eine schlechte Organisation des Unternehmens). Weiter äußerten viele Teilnehmer, dass private Umstände mitschuldig waren (zu wenig Nachtruhe wegen Lärm, Scheidung und Partnerprobleme, Krankheit des Partners, Entlassung des Partners oder finanzielle Probleme).

T-Tests für unabhängige Gruppen ließen hinsichtlich keines der beschriebenen Personenmerkmale wesentliche Unterschiede zwischen den Teilnehmenden der experimentellen und der Kontrollgruppe erscheinen. Das galt auch für den Schweregrad der Beschwerden, gemessen mit der UBOS und der DASS. Im Vergleich zu einer klinischen Normgruppe hatten beide Gruppen vorher hohe Werte auf den Skalen Erschöpfung und Zynismus und niedrige Werte auf der Skala Inkompetenz der UBOS. Hinsichtlich Depression und Stress erreichte die sofort behandelte Gruppe vorher durchschnittliche Werte im Vergleich mit der klinischen Normgruppe, während die Kontrollgruppe etwas über dem Durchschnitt lag. Auch hinsichtlich Angst erreichte die behandelte Gruppe etwas niedrigere Ergebnisse, die unter dem Durchschnitt gegenüber der Kontrollgruppe lagen.

Therapeuten

Die Behandlungen wurden von 24 Therapeuten (15 Frauen, 9 Männer) durchgeführt, die alle vor dem Hochschulabschluss für klinische Psychologie standen. Sie hatten einen Kurs für direktive Therapie absolviert und erhielten eine spezielle Ausbildung für die Betreuung von Klienten mit dem oben erwähnten Protokoll. Das Durchschnittsalter der Therapeuten lag bei 26 Jahren ($SD 4,7$; Range 22–42). Die Klienten beider Gruppen wurden randomisiert verteilt.

Tab. 1. Mittelwerte und Standardabweichungen auf der UBOS und der DASS in der experimentellen Gruppe (EG, n = 96) und Kontrollgruppe (KG, n = 37) im Vortest, Nachtest und beim Follow-up der EG

		Vortest		Nachtest		Follow-up	
		M	SD	M	SD	M	SD
UBOS ¹							
– Erschöpfung	EG	3,3	1,2	2,5	1,3	2,2	1,1
	KG	3,4	1,1	3,3	1,2		
– Zynismus	EG	2,4	1,2	2,1	1,3	1,9	1,3
	KG	2,4	1,2	2,3	1,3		
– Inkompetenz	EG	2,6	0,8	2,3	0,9	2,2	0,9
	KG	2,7	0,7	2,6	0,9		
DASS							
– Stress ¹	EG	20,8	7,8	11,4	7,7	10,9	8,0
	KG	21,4	9,3	18,5	9,7		
– Depression	EG	13,3	8,0	7,3	7,1	7,4	5,5
	KG	13,9	8,3	11,1	7,5		
– Angst	EG	9,5	6,7	4,9	5,1	4,9	
	KG	11,1	6,6	7,7	5,9		

¹Die UBOS-Werte geben den Mittelwert an, anstatt Summenscores wie bei der DASS.

Ergebnisse

Für Burn-out-Symptome, Angst und Depression wird für beide Gruppen der Mittelwert der Vor- und Nachmessung angegeben. Von der aktiv behandelten Gruppe werden auch die Daten des Follow-up wiedergegeben. Mit Hilfe multivariater Analysen (MANOVA) wurde geprüft, inwieweit die Veränderungen in der experimentellen Gruppe insgesamt von denen der Kontrollgruppe abweichen. Danach wurde je Subskala betrachtet, wie groß die Veränderungen waren. Für alle Messungen wird die Effektgröße *d* angegeben. Ein *d*-Wert von 0,20 ist klein, 0,40 ist mittelgroß und 0,60 ist hoch [Cohen, 1977].

Symptome von Burn-out

Tabelle 1 zeigt, dass sich die Werte bei den wichtigsten Effektmessungen, Erschöpfung und Stress, in der aktiv behandelten Gruppe fast halbieren, während in der Kontrollgruppe keine wesentliche Abnahme festzustellen ist. Die Tabelle zeigt auch, dass diese Verbesserungen in der Follow-up-Periode anhalten. Hinsichtlich Zynismus und Gefühl von Inkompetenz sind die Veränderungen geringer. Die MANOVA zeigt, dass die Unterschiede zwischen beiden Gruppen hochsignifikant sind: $F(1,126) = 18,7, p < 0,0001$.

Analysen bezüglich des Fortschritts je Subskala und Effektgrößen (Cohens *d*) zeigen, dass der Effekt für Erschöpfung in der experimentellen Gruppe signifikant stärker ist als in der Kontrollgruppe: $F(1,126) = 11,3, p < 0,001, d = 0,54$. Das gilt ebenfalls für Stress: $F(1,131) = 19,0, p < 0,0001, d = 0,91$. Die Subskalen Zynismus und Gefühl von Inkompetenz zeigen schwächere Effekte: $F(1,127) = 2,1, p < 0,155, d = 0,25$ bzw. $F(1,127) = 3,2, p < 0,08, d = 0,34$.

Angst und Depression

Tabelle 1 zeigt in der aktiv behandelten Gruppe eine starke Abnahme von Angst und Depression. Es erweist sich wieder, dass die Verbesserungen in der Follow-up-Periode andauern. Aber auch in der Kontrollgruppe verringern sich die Depressions- und vor allem die Angstbeschwerden leicht. Die MANOVAS ergeben, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen gibt: $F(1,129) = 2,9, p < 0,09$.

Für Angst und Depression wurde gesondert die Symptomreduktion zwischen Vor- und Nachmessung in der aktiv behandelten Gruppe und Kontrollgruppe (Psychoedukation) verglichen. Die Symptomreduktion ist in beiden Fällen beträchtlich, obwohl die Unterschiede eher gering sind. Für Angst gilt: $F(1,130) = 0,7, p < 0,399, d = 0,22$; für Depression gilt: $F(1,130) = 3,9, p < 0,052, d = 0,44$. Dabei sollte erwähnt werden, dass auch die Kontrollgruppe mit ausschließlich Psychoedukation Verbesserung erfahren hat.

Bedeutung der Veränderungen («Reliable Change»)

Bei der Bewertung einer Behandlung ist außer der statistischen Prüfung der Durchschnittswerte der persönliche Fortschritt des Teilnehmers von Bedeutung. Es handelt sich um Klienten, die vor der Behandlung klinische Werte bei den zwei bedeutsamsten Burn-out-Beschwerden, Erschöpfung und Stress, aufwiesen (98 der 133 Behandelten). Von diesen wurde der «Reliable Change» berechnet, wie Jacobson und Truax [1991] und Maassen [2000] es vorgeschlagen haben. Daraus ergab sich, dass 63% der Teilnehmer aus der experimentellen Gruppe deutliche Verringerungen der Erschöpfung zeigten, gegenüber 25% aus der Kontrollgruppe. Die Zahlen für Stress waren: 60% gegenüber 29%. Bei Depression und Angst waren die Ergebnisse nicht so deutlich: 29% relevante Verbesserung der Depression in der experimentellen Gruppe (Kontrollgruppe 22%) und 42% bei Angst (Kontrollgruppe 39%).

Tab. 2. Beurteilung der Zweckmäßigkeit der verschiedenen Bestandteile, Skala von 1–10 (n = 115)

Intervention	M	SD
Schreiben über die spannungsreichste Situation	7,96	1,4
Bewussterwerb von Spannungssignalen	7,83	1,5
Zeit-Management	7,59	1,7
Psychoedukation/Tipps	7,45	1,6
Besinnung/geplantes Grübeln	7,44	1,9
Entspannung/Atemübungen	7,40	1,9
Rückfallprävention/Toolkit erstellen	7,25	1,7
Positive Selbstermahnung/ Erinnerungskarte	7,24	1,8
Schreibauftrag Erfolge/Liste erreichter Ziele	7,19	1,7

Befragung: Wie beurteilten die Klienten die verschiedenen Behandlungsphasen?

Am Ende der Behandlung konnten die Klienten auf einer Skala von 1 (nicht sinnvoll) bis 10 (sehr sinnvoll) ihre Meinung über die Behandlung wiedergeben. In Tabelle 2 ist eine Übersicht über die Mittelwerte in der Reihenfolge von «sehr sinnvoll» bis zu «nicht sinnvoll» zu sehen. Die Bewertungsmessungen wurden später analysiert als die Effektmessungen, damit inzwischen auch einige Teilnehmenden der Kontrollgruppe die aktive Behandlung abschließen konnten. Um ein möglichst umfassendes Urteil der Endanwender über diese neue Behandlungsmethode vorzeigen zu können, wurde ihre Bewertung der Abschnitte ebenfalls in Tabelle 2 aufgenommen. Es handelt sich um 115 Personen, die sowohl die zwischenzeitliche als auch die Endbewertung eingetragen haben. Diese Gruppe besteht aus 70 Frauen und 45 Männern. Die Urteile dieser großen Gruppe über die verschiedenen Bestandteile der Behandlung variieren kaum. Alle Bestandteile erreichten Werte über 7 auf einer Skala von 1 bis 10. Der Mittelwert aller Teile beträgt 7,5.

Männer beurteilen die Interventionen im Allgemeinen etwas positiver als Frauen. Der Unterschied zeigte sich am deutlichsten bei der Beurteilung von Entspannung und Psychoedukation/Tipps ($t(113) = -1,92$, $p < 0,026$ bzw. $t(113) = -2,19$, $p < 0,015$).

Erfahrungsbericht einer 27-jährigen Teilnehmerin

«Im September 1998 kam ich mit Schwung und Enthusiasmus von der Universität auf den Arbeitsmarkt, nachdem ich niederländische Sprach- und Literaturwissenschaft studiert hatte. Ich freute mich darauf, der Markt wartete sicher auf mich (jung, ledig, hochschulgebildet) und Jobs gab es in Hülle und Fülle. Kaum 3 Jahre später, im Juli 2001, war ich völlig erschöpft und musste mich krankschreiben lassen, nachdem ich in drei Unternehmen gearbeitet hatte. Das letzte war eine Werbeagentur. Ich war 27 Jahre alt, erschöpft und desillusioniert. Eine Geschichte, die viele Ursachen hat und der ich mit Hilfe von 'Interapy' eine positive Wendung habe geben können.

Dass ich derartig erschöpft war, hat zum Teil daran gelegen, dass ich mich voller Hingabe in die Arbeit gestürzt habe. Zum Teil lag es an den Unternehmen, die nachlässig mit ihren Mitarbeitern umgingen. Der Haupt-

grund war die Machtlosigkeit und das Unverständnis, dass meine Arbeit – nur weil ich eine Frau war – nicht gewürdigt wurde. Ich hatte das Gefühl, gegen eine Betonwand zu laufen.

Mit den drei Unternehmen habe ich Pech gehabt. In allen herrschte eine Machokultur, und die Geschichten, die ich erzählen kann, sind ein Skandal. Das dritte Unternehmen war wirklich der Gipfel: Am Schluss wurde ich sowohl persönlich als auch geschäftlich nicht nur durch die Kollegen, sondern auch durch den Leiter abgelehnt.

Hinzu kam der Umstand, dass in meinem Leben mehrere Dinge auf einmal zusammenkamen. Es fing mit meiner Kündigung im Dezember 2000 an, da Versprechungen, die mir gemacht worden waren, nach anderthalb Jahren noch nicht erfüllt waren. Silvester beendete mein Partner die Beziehung, weil er meinen Frust und meine Emotionen nicht mehr ertragen konnte. Ich war wenige Monate vorher zu ihm gezogen und stand jetzt auf der Straße. Das Jahr 2001 begann mit einem Tiefpunkt: kein Job, kein Haus, keine Liebe.

Die erste Stelle, die mir vermittelt wurde, habe ich angenommen unter dem Motto: «Das ist wenigstens geregelt». Ich unterzeichnete einen Jahresvertrag, bekam eine Arbeitgeberbescheinigung und konnte dadurch ein Haus kaufen. Dass das Unternehmen von Anfang an nicht angenehm war, habe ich außer Acht gelassen. Ich dachte, ich könnte ruhig eine Zeitlang arbeiten, um etwas Ruhe zu bekommen. Danach würde ich mich nach etwas Schönerem umsehen. Das war ein Irrtum. Wir passten absolut nicht zueinander; persönlich und geschäftlich waren wir Gegenpole. Die Lage verschlechterte sich zusehends. Fünf Monate habe ich es ausgehalten.

Als ich mich krankschreiben ließ, dachte ich noch, nach einigen Wochen zurückkehren zu können. Ohne nachweisbare Krankheit zu Hause zu sitzen, ging meiner Ehre zu nahe. Zu Hause verschlimmerten sich die Beschwerden. Im Nachhinein muss ich gestehen, dass ich schon mindestens 9 Monate Beschwerden hatte, die ich nicht ernst nahm. Spannungskopfschmerzen, Stressekzem, RSI (Sehnenscheidenentzündung), Weinkrämpfe, Müdigkeit, Schlaflosigkeit und Konzentrationsstörungen: Ich war ein Häuflein Elend. Mein Hausarzt riet mir, mir wieder Zeit zu nehmen, um «die Batterie wieder aufzuladen». Er empfahl mir, den Psychotherapeuten wieder aufzusuchen, mit dem ich früher im Jahr über die Probleme bei der Arbeit gesprochen hatte. Aber mit ihm hatte ich eigentlich bereits alles besprochen. Eine Zeitlang habe ich mir alle Ruhe gegönnt, habe viel geschlafen und 3–4 Mal in der Woche Sport getrieben. Allmählich war ich psychisch nicht mehr so erschöpft und konnte normaler auf unerwartete Situationen reagieren. Doch ich kam nicht voran. Ich fühlte mich ausgesprochen hilflos und wünschte mir einen Leitfaden.

Nachdem ich mich noch 4 Jahre lang herumgeplagt hatte, machte mich meine Mutter auf einen Artikel über 'Interapy' aufmerksam. Die praktische Vorgehensweise, das unpersönliche Medium und der gezielte Stufenplan gefielen mir. Ich meldete mich auf der Website an und bekam einen Fragebogen. Die Fragen betrafen vor allem meine Reaktionen und Gefühle in der letzten Woche. Daraufhin kam ich für die Behandlung in Betracht. Das gab mir Rückhalt. Meine Erfahrungen wurden anerkannt, und ich war keine Simulant, wie meine Umgebung dachte.

Per E-Mail erhielt ich Aufgaben und musste eine Antwort darauf schreiben. Die Mails des Therapeuten waren im Allgemeinen distanziert, aber aufbauend. Mir gefiel, dass ich nicht bemuttert, sondern stimuliert wurde. Beim Psychologen hatte ich oft den Eindruck, dass man zwar mitfühlend, aber nicht hilfreich war. Es fällt mir leicht, mich zu bedauern und das auch zu rechtfertigen. Nur konnte ich die Probleme nicht aus der Gefühlswelt lösen und anpacken. Ich war nicht imstande, diesen Schritt zu machen. Bei 'Interapy' gelang es mir dann doch. Wenn ich über meiner Tastatur noch so viel weinte, kam doch niemand mit einem Taschentuch oder sprach mir Mut zu. Nach einem Tag erhielt ich eine nüchterne Reaktion auf meine Geschichte im Sinne von «Sehr gut, dass Sie dies so getan haben. Jetzt den nächsten Schritt». Sehr erleichternd.

Die Aufgaben sind sehr praktisch, eine Hilfestellung bei Problemen. Ich wurde fast verrückt von meiner ewigen Grübeleien. 'Interapy' verlangte von mir, dass ich eine Grübelstunde einrichten sollte. Ich sollte meinen Gedanken laut ein STOPP zurufen, das Thema, das ich nicht loswurde,

aufschreiben und mich zwingen, erst in der Grübelstunde wieder daran zu denken. Endlich gelang es mir, nicht andauernd diesen Gedanken nachzuhängen.

Dann lernte ich, meine Planungen anders zu gestalten. Seit Jahren machte ich Listen von allem, was ich tun wollte. Das Ende all dieser Aufgaben war nicht abzusehen. Von 'Interapy' erhielt ich den Auftrag, ähnliche Planungen zu machen und sie am Ende des Tages zu beurteilen. Anstatt mich in alles, was nicht gelang, zu verbeißen, musste ich mich für alles loben, was doch gelungen war. An manchen Tagen macht man sich dann sogar ein Kompliment, wenn man überhaupt aus dem Bett kommt.

Ich begann, mein Leben schrittweise anders zu betrachten: Von «ich muss» zu «ich will». Mit Hilfe einer Atemübung von 'Interapy' wurde mir manches wieder möglich. Ich nahm mir die Zeit, stolz darauf zu sein, anstatt sofort den nächsten Schritt von mir zu verlangen. Mein Selbstvertrauen kam zurück, und meinen Groll gegenüber den damaligen Arbeitgebern wurde ich allmählich los. Am Ende der Behandlung war ich wieder aufgemuntert und stark genug, den positiven Trend beizubehalten.

Während meiner Krankheit habe ich viel über meine Arbeitsweise nachgedacht. Ich scheue mich vor Kollegen und möchte nicht mehr unter einem Chef arbeiten. Daher habe ich als freiberufliche Texterin angefangen. Jetzt schöpfe ich Energie aus meiner Arbeit, auch weil ich sie für mich selbst und nicht für einen Chef tue, der mich nicht ernst nimmt. Ich muss meine Versprechen erfüllen und habe alles in eigener Hand. Die Gefahr eines erneuten Burn-out ist natürlich nicht gebannt – so bin ich nun einmal. Ich mache alles hundertprozentig. Doch habe ich gelernt, besser auf mich zu achten und die Anzeichen ernst zu nehmen. Regelmäßig trete ich einen Schritt zurück, damit ich genügend Zeit für mich selbst habe. Es tut mir gut, ab und zu die Briefe zu lesen, die ich im Auftrag von 'Interapy' geschrieben habe, aus denen meine Fallgruben und plötzlichen Erkenntnisse deutlich hervorgehen. Es macht mich bewusst.»

Diskussion

'Interapy' ist ein inspirierendes und interessantes Projekt. Es verbindet die starken Seiten der Behandlungsprotokolle mit den starken Seiten klinischer Praxis. Es gehört zum Programm, dass die Behandlungen systematisch bewertet werden. Die Interapy-Behandlung von posttraumatischen Belastungsreaktionen verzeichnete in der Vergangenheit bereits regelmäßig gute Ergebnisse [Lange et al., 2003a, 2003b]. Allerdings war es unklar, ob auch andere Störungen sinnvoll über Internet behandelt werden konnten. Da das Behandlungsprogramm für Burn-out viel komplexer sein musste als das PTBS-Programm, war der Erfolg offen. Die Studien wiesen jedoch überzeugende Ergebnisse nach. Das liegt einerseits an den allgemeinen 'Interapy'-Merkmale: Gezieltes Training der Therapeuten, Deutlichkeit des Verfahrens für Klienten und Therapeuten, Gelegenheit zum Nachdenken, Intervention und Supervision, falls Therapeuten auf Schwierigkeiten stoßen, motivierendes Verhalten der Therapeuten. Aber auch das ausgereifte und perfektionierte Protokoll mit aufeinander abgestimmten Interventionen ist Ursache für die positiven Effekte der Behandlungen von 'Interapy'.

Die Auswirkungen sind im Hinblick auf die charakteristischen Symptome Erschöpfung und Stress am stärksten. Die Subskalen Zynismus und Gefühl von Inkompetenz zeigen weniger Veränderungen. Das liegt wahrscheinlich an der relativ

niedrigen Zuverlässigkeit dieser Subskalen. Es ist fraglich, ob diese Subskalen künftig noch beibehalten werden.

Bei der Betrachtung der relativ kleinen Veränderungen hinsichtlich des Gefühls von Inkompetenz muss berücksichtigt werden, dass es auch Klienten gab, die zurzeit der Behandlung nicht arbeiteten. Wenn der Klient arbeitslos ist, ist es schwer, ein Gefühl von Kompetenz in beruflichen Aufgaben zu wecken.

Angst- und Depressionswerte nehmen nach der Behandlung ab, jedoch weniger als Erschöpfung und Stress. Das war zu erwarten, da diese nicht ausdrücklich behandelt wurden. Angstwerte und in geringerem Ausmaß auch Depressionswerte nehmen auch in der Kontrollgruppe ab. Das ist auf die Wirkung der Psychoedukation, die einzige Intervention in dieser Gruppe, zurückzuführen. Die Teilnehmenden dieser Gruppe haben durch die Kenntnis der Burn-out-Probleme, der Vorgehensweise und der Gewissheit, in Kürze mit der Behandlung beginnen zu können, wahrscheinlich ein Gefühl von Kontrolle erhalten, das die Beschwerden, vor allem die Angst, vermindert. Es ist zu erwägen, die Psychoedukation entsprechend den Empfehlungen von Dixon et al. [2001] noch zu erweitern, indem man sie beispielsweise auch der Umgebung des Klienten zukommen lässt.

Tabelle 2 zeigt, dass die Klienten mit den verschiedenen Schritten des Programms zufrieden sind. Auffällig ist die hohe Bewertung des Schreibens über die spannungsreichsten Situationen. An sich ist es nicht so überraschend, da viele Burn-out-Patienten auch unter nicht verarbeiteten negativen Ereignissen leiden. Weiter wird die Bewusstwertung von alten Verhaltensweisen hoch bewertet. Das bestätigt wieder einmal, wie wichtig es ist, dass Therapeuten ihren Patienten helfen, an erster Stelle Kontrolle zu erwerben durch die Wahrnehmung ihrer Probleme. Zeit-Management erreicht ebenfalls hohe Werte. Dies ist nicht überraschend: Zeit-Management ist ein wichtiger Faktor bei der Behandlung von Burn-out-Patienten. Entspannungsübungen ragen nicht besonders heraus, obwohl ein Wert von über 7 zeigt, dass sie doch nützlich sind – auch ohne persönlichen Kontakt.

In ihrem Übersichtsartikel bezüglich der therapeutischen Beziehung im Internet erwähnen Knaevelsrud et al. [2004] Ergebnisse von Lange et al. [2003c], die zeigen, dass sich die meisten Patienten von Interapy insgesamt lobend über die Behandlung, die Methoden und speziell über die Therapeuten äußerten. Es ist den Therapeuten offensichtlich gut gelungen, trotz des strengen Regimes oder (vielleicht Dank) des fehlenden persönlichen Kontakts ein gutes Verhältnis zu ihren Klienten aufzubauen.

Natürlich wurde eine gewisse Auswahl der Klienten vorab getroffen. Personen, die eine Abneigung gegen das Internet haben oder unbedingt eine persönliche Behandlung wünschen, melden sich nicht zu einer internetbasierten Behandlung an. Allerdings hatten viele Teilnehmenden vorab keine Vorliebe für diese Behandlungsart, meldeten sich aber an, weil sie mit dem anderweitigen Angebot nicht zufrieden waren. Auch ist

zu berücksichtigen, dass die Dropouts, die diese Fragebögen später ausgefüllt hatten, mit dem Kontakt weniger zufrieden waren.

Die Behandlung ist für 7 Wochen geplant. Die meisten Teilnehmer brauchten allerdings länger. So dauerte die Behandlung durchschnittlich 15 Wochen ($SD = 3,9$). Der langsamste Teilnehmer brauchte 36 Wochen, der schnellste 4. Verzögerungen entstanden durch Urlaub, Zeitmangel durch den Arbeitsdruck, fehlende Motivation und Probleme mit dem Computer. Letztere wurden oft durch die Arbeit mit E-Mails und Attachments verursacht. Zurzeit ist 'Interapy' Burn-out nicht mehr darauf angewiesen. Die Behandlung läuft jetzt vollständig über die Website. Das hat viele Vorteile und wird sowohl für Therapeuten als auch Klienten wesentlich übersichtlicher. Die Daten werden umgehend ausgerechnet und sind zugänglich. Die durchschnittliche Dauer wird dadurch abnehmen. Auch wird bei den Bewertungsstudien weniger Ausfall durch fehlende Daten vorkommen. Bisher wurden Fragebögen in den Attachments ausgefüllt und zurückgeschickt. Darin konnten fehlende Werte nicht aufgespürt werden. Auf der Website ist das wohl möglich.

Brohm und Cabooter [2002] haben neben der hier beschriebenen Behandlung ein Programm erstellt, in dem 'Interapy' Burn-out-Behandlungen mit einem Sport- oder Bewegungsprogramm verbunden werden. Klienten bekommen dabei neben dem Burn-out-Programm systematische Betreuung bei sportlichen, nicht leistungsbezogenen Aktivitäten. Die ersten Befunde scheinen darauf hinzuweisen, dass das schlussendliche Ergebnis der Behandlung keinen Unterschied zeigt. Allerdings absolvierten die Sportler das Protokoll schneller und hatten mehr Freude daran. Wir werden in Zukunft darauf zurückkommen. In künftigen Studien werden wir auch untersuchen, ob die Behandlung für bestimmte Gruppen einen positiveren oder eher weniger positiven Effekt hat.

Literatur

Abels-Reguera L, Brunner K: 'Interapy' – burnout: Een ongecontroleerde pilotstudie naar het effect van een geprotocolleerde behandeling van burnout via het internet (Interapy-Burn-out: Eine unkontrollierte Pilotstudie über den Effekt einer standardisierten Behandlung von Burn-out über das Internet). Amsterdam: Fachgruppe Klinische Psychologie, Universität von Amsterdam, 2002.

Arnoldi J, Ven JP van de, Schrieken B, Lange A: De Suicide Risico Taxatielijst – eigenschappen van een kort screeningsinstrument (Die Suizid-Risiko Taxationsliste – Eigenschaften eines kurzen Messinstrumentes), in Vorbereitung.

Blaauw E, Kerkhof AJFM: Suicides in detentie (Suizide in der Haft). Den Haag, Elsevier, 1999.

Brohm P, Cabooter F: Burnout en sport: Preventie en behandeling van burnoutklachten met bewegingstherapie via het internet (Burn-out und Sport: Prävention und Behandlung von Burn-out-Beschwerden mit Bewegungstherapie über das Internet). Amsterdam: Fachgruppe Klinische Psychologie, Universität von Amsterdam, 2002

Bronner M: Burnout-'Interapy': een pilotstudie naar de effectiviteit van een burnout behandeling via e-mail (Burn-out-'Interapy'? Eine Pilotstudie über die Effektivität einer Burn-out-Behandlung über E-Mail). Amsterdam: Fachgruppe Klinische Psychologie, Universität von Amsterdam, 2002.

Carlbring P, Westling BE, Ljungstrand P, Ekselius L, Andersson G: Treatment of panic disorder via the Internet: A randomized trial of a self-help program. *Behav Ther* 2002;32:751–764.

Celio AA, Winzelberg AJ, Wifley DE, Epstein-Herald D, Springer EA, Dev P, Taylor CB: Reducing risk factors for eating disorders: Comparison of an Internet- and a classroom-delivered psychoeducational program. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:650–657.

Cohen J: *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, rev ed. New York, Academic Press, 1977.

Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB: The job demands-resources model of burnout. *J Appl Psychol* 2001;86:499–512.

Dierendonck D van, Schaufeli WB, Buunk BP: The evaluation of an individual burnout intervention program: The role of inequity and social support. *J Appl Psychol* 1998;83:392–407.

'Interapy' ist selbstverständlich kein Allheilmittel für Burn-out-Beschwerden. In manchen Situationen muss die Umgebung (Kollegen, Vorgesetzte, Familie) in die Behandlung miteinbezogen werden. Doch haben wir versucht, die Klienten im Modul «soziales Verhalten» zu lehren, auch Probleme in diesem Bereich in Angriff zu nehmen.

Wir sagten bereits: Ein Teil der Teilnehmenden an diesem Projekt war während der Behandlung nicht beruflich tätig. Daher waren manche Abschnitte für sie weniger wichtig als für diejenigen, die noch arbeiteten. Wir sind dabei, manche Behandlungsbereiche für nicht Berufstätige (oder Invalidenrentner) anzupassen. Diese Gruppe wird ein erweitertes Reintegrationsmodul erhalten.

Abgesehen von den Unterschieden zwischen arbeitenden und nichtarbeitenden Burn-out-Patienten sollten nicht alle Teile des Behandlungsprotokolls den gleichen Nachdruck erhalten. Wenn bei Klienten keine Schlafschwierigkeiten vorliegen, ist das dazugehörige Modul nicht wichtig für die Behandlung. Auch wenn Klienten Entspannungsübungen nicht wünschen, braucht der Therapeut sie nicht dazu zu drängen. Das 'Interapy'-Programm enthält eine standardisierte Behandlung, die eine Anpassung an den Klienten ermöglicht.

Dank

Unser besonderer Dank geht an die NFGV (National Foundation Mental Health, Holland). Ferner an Niels Bregman, Rinke Tjepkema, Caroline Bongers und Merijn van de Vliet für ihre Arbeit in der Phase der Bearbeitung der Daten. Für die Übersetzung ins Deutsche danken wir dem ZAK-Basel, insbesondere Direktor Josef Haenggli, Christine Knaevelsrud und Birgit Wagner.

Jacobson NS, Truax P: Clinical significance: A statistical approach to meaningful change in psychotherapy research. *J Consult Clin Psychol* 1991;59:12–19.

Jager J, Emmelkamp PMG, Lange A: Die Behandlung von Panikstörungen über das Internet: Eine Fallbeschreibung. *Verhaltenstherapie* 2004;14:200–205.

Knaevelsrud C, Jager J, Maercker A: Internet-Psychotherapie: Wirksamkeit und Besonderheiten der therapeutischen Beziehung. *Verhaltenstherapie* 2004;14:174–183.

Lange A, Richard R, Kiestra J, Oostendorp E van: Cognitive treatment through positive self-verbalization. A multiple case study. *Behav Cogn Psychother* 1997;25:161–171.

Lange A, Richard R, Gest A, Vries M de, Lodder L: The effects of positive self-instruction: A controlled trial. *Cogn Ther Res* 1998;22:225–236.

Lange A, Schrieken B, Blankers M, Ven JP van de, Slot M: Constructie en validatie van de Gewaarwordingenlijst (GL); een hulpmiddel bij het signaleren van een verhoogde kans op psychosen (Konstruktion und Validation der Empfindungsliste: Ein Hilfsmittel bei der Erkennung einer erhöhten Aussicht auf Psychosen). *Directie Ther* 2000;20:162–173.

Lange A, Rietdijk D, Hudcovicova M, Ven JP van de, Schrieken S, Emmelkamp PMG: INTERAPY. A controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the Internet. *J Consult Clin Psychol* 2003a;71:901–909.

Lange A, Ven JP van de, Schrieken B: 'Interapy', treatment of posttraumatic stress via the internet. *Cogn Behav Ther* 2003b;32:110–124.

Lange A, Ven JP van de, Schrieken B, Smit M: Interapy burn-out; preventie en behandeling van burn-out via internet (Interapy: Prevention and treatment of chronic stress through the internet). *Directie Ther* 2003c;23:121–145.

Lawick G van, Stoop J: 'Interapy'; analyse en predictoren van dropout van de burn-out-behandeling via het internet ('Interapy': Analyse und Prädiktoren von Dropouts in der Burn-out-Behandlung über das Internet). Amsterdam: Fachgruppe Klinische Psychologie, Universität von Amsterdam, 2003.

Lovibond SH, Lovibond PF: Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. Sydney, Australia: Psychology Foundation, 1995.

Maassen GH: Kelly's formula as a basis for the assessment of reliable change. *Psychometrika* 2000;65:187–197.

Marijt J, Vroegindewij J: 'Interapy' Burnout; Een kwalitatieve pilotstudie naar de behandeling van burnout via de e-mail (Interapy? Burn-out: Eine qualitative Pilotstudie über die Behandlung von Burn-out über das E-Mail). Amsterdam: Fachgruppe Klinische Psychologie, Universität von Amsterdam, 2003.

Marks I, Shaw S, Parkin R: Computer-aided treatment of mental health problems. *Clin Psychol-Sci Pr* 1998;5:151–170.

Maslach C, Jackson SE, Leiter F: Maslach Burnout Inventory. Manual, ed 3. Palo Alto, Consulting Psychologists Press, 1996.

McKay M, Davis M, Fanning P: Thoughts and Feelings – Taking Control of Your Moods and LIFE. Oakland, Ca, New Harbinger Publications, 1997.

Meer R van: Overspannen door je baas (Überarbeitet wegen dem Chef). Utrecht, Kosmos, 2000.

Miller JK, Gergen KJ: Life on the line: The therapeutic potentials of computer-mediated conversation. *J Marital Fam Ther* 1998;24:189–204.

Morin CM: Insomnia; Psychological Assessment and Management. New York, Guilford Press, 1993, p 236.

Nijenhuis ERS, Spinhoven P, van Dyck R, van der Hart O, Vanderlinden J: The development of the somatoform dissociation questionnaire (SDQ-5) as a screening instrument for dissociative disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1997;96:311–318.

Ritterband LM, Cox DJ, Walker LS, Kovatchev B, McKnight L, Patel K, Borowitz S, Sutphen J: An internet intervention as adjunctive therapy for pediatric encopresis. *J Consult Clin Psychol* 2003;71:910–918.

Schaufeli WB, Dierendonck D van: Utrechtse Burnout Schaal: Handleiding (Utrechtse Burn-out-Skala: Ein Leitfaden). Lisse, Swets en Zeitlinger, 2000.

Schaufeli WB, Enzmann D: The Burnout Companion Study und Practice. A Critical Analysis. London, Taylor und Francis, 1998.

Schneider SJ, Walter R, O'Donnell R: Computerized communication as a medium for behavioral smoking-cessation treatment: Controlled evaluation. *Comput Human Behav* 1990;6:141–151.

Servan-Schreiber D: Artificial intelligence and psychiatry. *J Nerv Ment Dis* 1986;174:191–202.

Smith MA, Senior C: The Internet and clinical psychology: A general view of the implications. *Clin Psychol Rev* 2001;21:129–136.

Ström L, Pettersson R, Andersson G: A controlled trial of self-help treatment of recurrent headache conducted via the Internet. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:722–727.

Ström L, Pettersson R, Andersson G: Internet-based treatment for Insomnia: A controlled evaluation. *J Consult Clin Psychol* 2004;72:113–120.

Terluin B, Hekkelman-de Bie S: Counseling bij ziekteverzuim door overspanning (Counseling bei Krankheitsausfall durch Überarbeitung). *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 2000;12:1006–1022.