

# Entwicklung und Evaluation eines Trainings zur Steigerung der Selbstkontrollfähigkeit

Marlen HUPKE<sup>1</sup> und Klaus-Helmut SCHMIDT<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Institut für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, Königsbrücker Landstraße 2, D-01109 Dresden*

<sup>2</sup> *Leibniz-Institut für Arbeitsforschung an der Technischen Universität Dortmund, Ardeystraße 67, D-44139 Dortmund*

**Kurzfassung:** Verschiedene Studien konnten belegen, dass Menschen mit einer geringen Selbstkontrollfähigkeit häufiger Burnout- oder depressive Symptome aufweisen. Um diese Beschwerden zu verhindern, liegt es daher unter anderem nahe, die Selbstkontrollfähigkeit durch Trainingsmaßnahmen zu erhöhen. In einer Pilotstudie sollte geprüft werden, ob ein Training der Selbstkontrollfähigkeit möglich ist und ob sich Zusammenhänge zum Umfang berichteter Burnout- bzw. depressiver Symptome zeigen lassen. Die Ergebnisse werden im Beitrag zusammengefasst.

**Schlüsselwörter:** Selbstkontrolle, kognitive Strategien, Burnout, depressive Symptome.

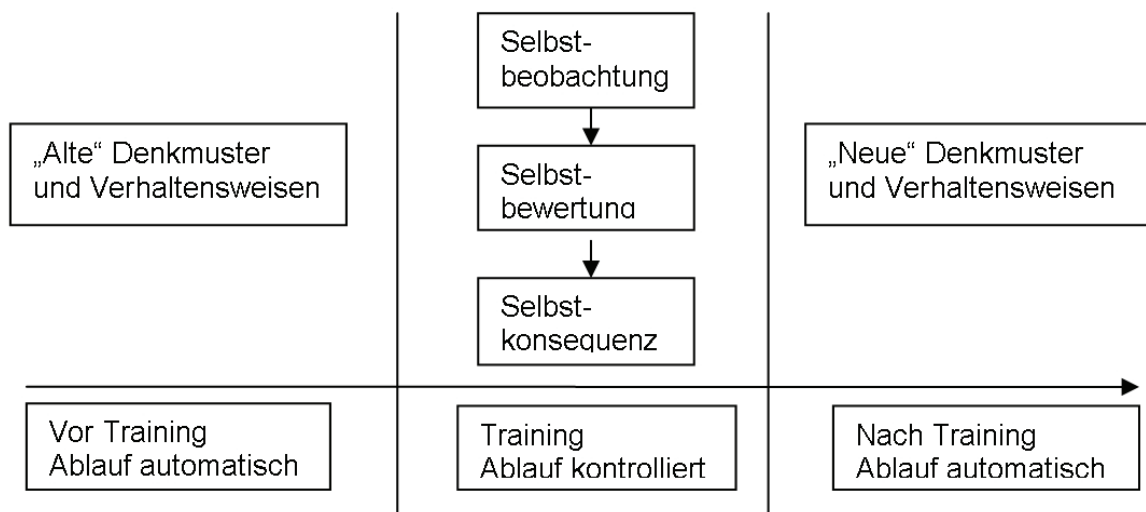
## 1. Einleitung

In zahlreichen beruflichen Situationen ist es notwendig, gewohnheitsmäßige und spontane Reaktionen zu unterdrücken um gestellte Ziele zu erreichen. So müssen beispielsweise innere Widerstände gegenüber unangenehmen Arbeitsaufgaben überwunden und ablenkende Reize ausgeblendet werden. Häufig ist es auch bedeutsam, unangemessene emotionale Reaktionen nicht nach außen zu zeigen. Diese zielorientierte Verhaltenssteuerung wird als Selbstkontrolle bezeichnet. In verschiedenen Studien konnte belegt werden, dass eine hohe individuelle Fähigkeit sich selbst zu kontrollieren mit Erfolg bei der Ausbildung und im Beruf, besseren sozialen Beziehungen und auch besserer Gesundheit einhergeht (Tangney et al. 2004). Eine geringe Selbstkontrollfähigkeit ist dagegen ein Vulnerabilitätsfaktor für die Entwicklung von Burnout und depressiven Symptomen. Das ist vor allem dann der Fall, wenn Selbstkontrollanforderungen bei der Arbeit hoch ausgeprägt sind (Schmidt et al. 2007; Schmidt et al. im Druck). In der Prävention solcher gesundheitlicher Einschränkungen ergeben sich damit zwei Möglichkeiten. Selbstkontrollanforderungen können verringert oder die Selbstkontrollfähigkeit gesteigert werden. In einem Kooperationsprojekt des Leibniz-Instituts für Arbeitsforschung an der Technischen Universität Dortmund und der Initiative Gesundheit und Arbeit wurde ein Trainingskonzept entwickelt, bei dem den Teilnehmern Strategien zum Umgang mit Selbstkontrollanforderungen bei der Arbeit vermittelt und damit ihre Selbstkontrollfähigkeit gesteigert werden sollte.

Das Training berücksichtigt dabei vor allem Ansätze aus der kognitiven Verhaltenstherapie, die für die Anwendung im beruflichen Kontext angepasst wurden. Dem Ansatz liegt das Modell der Selbstregulation von Kanfer et al. (2006) zugrunde (vgl. Abbildung 1). Demnach müssen automatisierte Verhaltensmuster bewusst gemacht und dann gezielt verändert werden. Diese Veränderung setzt einen zielgesteuerten

und damit selbstkontrollierten Prozess voraus.

Zentrale Strategien sind dabei die Selbstreflexion und die Umbewertung von Selbstkontrollanforderungen, mit denen die Teilnehmer bei ihrer Arbeit konfrontiert sind. Die Grundlage für die Umbewertung von Situationen bildet der Ansatz der rational-emotiven Verhaltenstherapie nach Ellis (1993), die in einem ABC-Schema formalisiert ist. Dabei steht A für „activating event“ also das auslösende Ereignis, B für „belief system“ (im Deutschen „Bewertung“) und C für „consequence“. Ein auslösendes Ereignis kann gemäß dem Ansatz von Ellis auf verschiedene Art und Weise bewertet werden. Von dieser Bewertung hängt die jeweilige Reaktion bzw. Konsequenz ab. Eine veränderte Situationsbewertung kann somit gezielt eingesetzt werden, um negative Reaktionen wie Stress zu verhindern und auch das Risiko für langfristige Folgen wie Burnout oder Depression zu reduzieren.



**Abbildung 1:** Selbstregulationsmodell nach Kanfer, Reinecker & Schmelzer (2006)

Diese Umberwertung von Situationen kann durch verschiedene Strategien unterstützt werden. So lernen die Teilnehmer beim Training, wie sie Selbstinstruktionen einsetzen können, um beispielsweise innere Widerstände in einer unangenehmen Situation zu überwinden oder wie Ablenkungen durch eine klare Strukturierung und Priorisierung reduziert werden können. Insofern orientiert sich das Training an den Ansätzen kognitiver Stressmanagementtrainings, fokussiert dabei aber nur auf das spezifische Spektrum der Selbstkontrollanforderungen.

In einer ersten Erprobungsphase mit einer Versuchs- und einer Wartekontrollgruppe wurde das Training mit Pflegekräften aus zwei Einrichtungen durchgeführt und systematisch evaluiert. Dabei wurde geprüft, ob sich nach dem Training Veränderungen hinsichtlich der Selbstkontrollfähigkeit, sowie dem Auftreten von Burnout- und depressiven Symptomen zeigen ließen. Auf Grundlage dieser Ergebnisse sollte beurteilt werden, ob eine weiterführende Evaluierung mit einer größeren Anzahl an Teilnehmern angezeigt ist.

## 2. Methode

### 2.1 Design

Alle Trainingsteilnehmer erhielten vor dem Training der Versuchsgruppe, vor dem

Training der Wartekontrollgruppe und sechs Monate nachdem sie jeweils am Training teilgenommen hatten einen Fragebogen (vgl. Tabelle 1). Dieser Fragebogen umfasste Skalen zur Ermittlung der Selbstkontrollfähigkeit (Tangney et al. 2004), der Burnout-Dimensionen emotionale Erschöpfung und emotionale Distanzierung (Büsing & Perrar 1992) sowie depressiven Symptomen (Schmitt & Maes 2000).

**Tabelle 1:** Evaluationsdesign

	Vor Training Gruppe 1	Vor Training Gruppe 2	6 Monate nach Training Gruppe 1	6 Monate nach Training Gruppe 2
Gruppe 1	X	X	X	
Gruppe 2	X	X		X

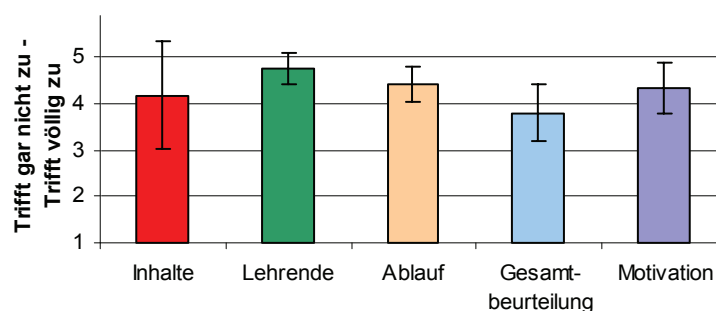
Darüber hinaus bewerteten die Teilnehmer direkt nach dem Training die Inhalte, die Dozentenleistung, den Ablauf sowie das Training insgesamt.

## 2.2 Stichprobe

Am Training beteiligten sich 22 Pflegekräfte aus einem Krankenhaus sowie einer stationären Behindertenpflegeeinrichtung. In jeder Einrichtung wurde das Training mit einer Versuchs- und einer Wartekontrollgruppe im Abstand von drei Monaten durchgeführt. Die Auswertung erfolgte dann aber einrichtungsübergreifend. Aufgrund einer geringen Rücklaufquote zum 2. Messzeitpunkt in beiden Versuchsgruppen konnten insgesamt nur zehn vollständige Datensätze gewonnen werden. Da die Datenerhebung anonym erfolgte, war es leider nicht möglich, einzelne Teilnehmer nach Zusendung des Fragebogens noch einmal gesondert zur Teilnahme aufzufordern. Es wurde daher entschieden, nur den ersten und den dritten Messzeitpunkt zu vergleichen. Damit erhöhte sich die Anzahl vollständiger Datensätze auf insgesamt 18, wobei neun auf die Versuchs- und neun auf die Wartekontrollgruppe entfielen.

## 3. Ergebnisse

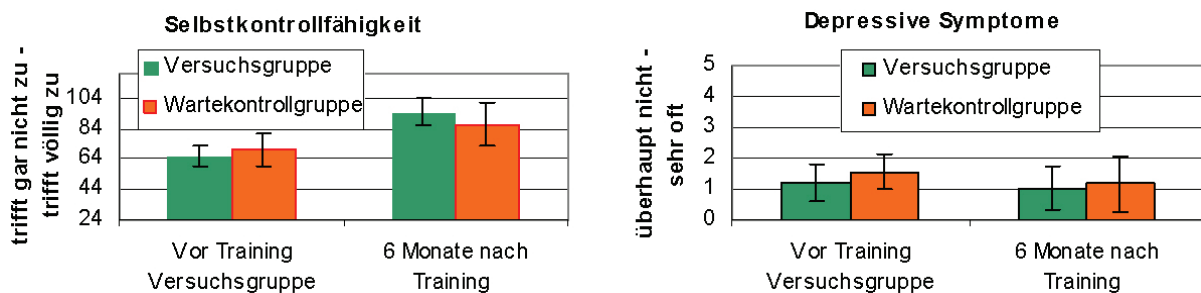
Die unmittelbare Rückmeldung der Teilnehmer zum Training fiel hinsichtlich der verschiedenen untersuchten Aspekte positiv aus (vgl. Abbildung 2). Diese Bewertungen konnten auch durch verbale Anmerkungen der Teilnehmer überwiegend bestätigt werden.



**Abbildung 2:** Ergebnisse der Befragung direkt nach dem Training

Bezüglich der Selbstkontrollfähigkeit ließ sich bei der Messung mit der Skala von

Tangney et al. (2004) ein signifikanter Unterschied vor dem Training im Vergleich zur Messung sechs Monate nach dem Training zeigen ( $F=38,15$ ;  $p=.00$ ). Die Selbstkontrollfähigkeit war demnach nach dem Training höher ausgeprägt (vgl. Abbildung 3).



**Abbildung 3:** Mittelwerte und Standardabweichungen der Selbstkontrollfähigkeit (Tangney-Skala) und depressiver Symptome

Es ließ sich ebenfalls ein signifikanter Unterschied in der Ausprägung depressiver Symptome ( $F=5,71$ ;  $p=.03$ ) und ein nahezu signifikanter Unterschied in der Ausprägung der Burnout-Variable emotionale Erschöpfung ( $F=3,74$ ;  $p=.07$ ) im Vergleich der Messzeitpunkte feststellen (vgl. Abbildung 3). Hier verringerten sich die Werte nach dem Training jeweils. Bei der Burnoutvariable emotionale Distanzierung ergaben sich keine Unterschiede ( $F=1,67$ ;  $p=.68$ ).

#### 4. Diskussion

Die Ergebnisse der Evaluation dieser Pilotphase zeigen, dass die Selbstkontrollfähigkeit der Teilnehmer nach dem Training signifikant höher war. Darüber hinaus ließen sich bei den Beanspruchungsindikatoren nach dem Training teilweise reduzierte Werte beobachten. Da der zweite Messzeitpunkt aufgrund der geringen Beteiligung nicht ausgewertet wurde, kann aber nicht ausgeschlossen werden, dass vom Training unabhängige Faktoren zu den Veränderungen in der Selbstkontrollfähigkeit und den Beanspruchungsindikatoren geführt haben. Darüber hinaus erlaubt die kleine Stichprobe nur eine sehr eingeschränkte Verallgemeinerung von Aussagen zur Effektivität des Trainings. Die Effekte müssen daher nachfolgend in einer erweiterten Evaluation untersucht werden. Eine solche Folgestudie wird 2012 realisiert.

#### 5. Literatur

1. Büssing, A. & Perrar, K.M. 1992, Die Messung von Burnout. Untersuchung einer Deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D), *Diagnostica*, 38, 328-353.
2. Ellis, A. 1993, *Grundlagen der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie*. München: Pfeiffer.
3. Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. 2006, *Selbstmanagement-Therapie*. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Berlin: Springer.
4. Schmidt, K.-H., Neubach, B. & Heuer, H. 2007, Self-control demands, cognitive control deficits, and burnout, *Work & Stress*, 21, 142-154.
5. Schmidt, K.-H., Hupke, M. & Diestel, S. im Druck, Does dispositional self-control capacity attenuate the association of self-control demands at work with indicators of job strain?, *Work & Stress*.
6. Schmitt, M. & Maes, J. 2000, Vorschlag zur Vereinfachung des Beck-Depressions-Inventary (BDI), *Diagnostica*, 46, 38-46.
7. Tangney, J.P., Baumeister, R.F. & Boone, A. 2004, High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success, *Journal of Personality*, 72, 271-324.