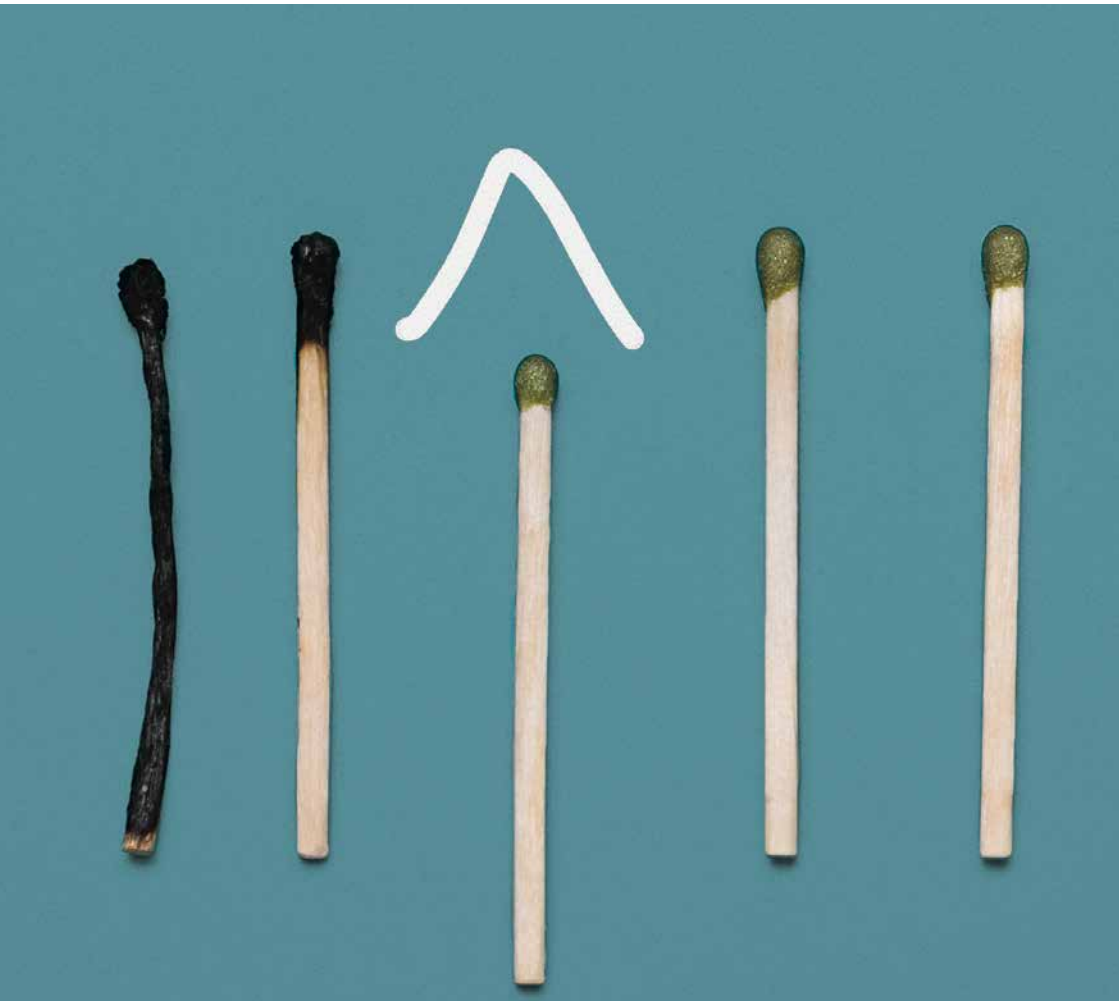
BURNOUT UND ERSCHÖPFUNGSDEPRESSION

Informationen für Betroffene und Angehörige



Dr. med. Joachim Leupold

01/2021 © **Lundbeck (Schweiz) AG,** Balz-Zimmermann-Strasse 7, 8152 Glattbrugg

Für das bessere Verständnis wurde auf die weibliche Form verzichtet.
Mit der männlichen Form sind aber immer die Personen beider Geschlechter gemeint.

Über den Autor

Dr. med. Joachim Leupold ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH. Nach seinem Medizinstudium an der Ludwig-Maximilian-Universität in München zog es ihn 1995 in die Schweiz, wo er eine Facharztausbildung in Psychiatrie und Psychotherapie in verschiedenen psychiatrischen Kliniken der Schweiz absolvierte und die Promotion zum Doktor der Medizin an der Universität Zürich abschloss.

Seit Mai 2003 leitet Joachim Leupold seine eigene Praxis in Bad Ragaz und ist zudem Verwaltungsrat und Geschäftsleitungsmitglied beim Ärztenetzwerk der PizolCare AG im südlichen Teil des Kantons St.Gallen.

Dr. Leupold ist unter anderem Mitglied der Schweizerischen Ärztegesellschaft (FMH), des Swiss Expert Network Burnout (SEB) und der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP). Ausserdem leitet er den Qualitätszirkel der niedergelassenen Psychiater des Ärztenetzwerks PizolCare AG.

Die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen ist ihm ein wichtiges Anliegen. Beim Thema Burnout versucht er Betroffene möglichst frühzeitig zu erreichen und zu behandeln. Besondere Bedeutung misst er der Prävention und Rückfallprophylaxe bei.

Seine Freizeit verbringt er gerne in der Natur, beim Wandern, Mountainbiken oder bei der Gartenarbeit. Zusammen mit seiner Frau und seinen beiden erwachsenen Kindern lebt er im Sarganserland, am Fusse der Churfirsten.

Dr. med. Joachim Leupold
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH

PRAXIS dr. joachim leupold
Bartholoméplatz 3
CH-7310 Bad Ragaz
Tel. +41 (0)81 511 21 11
praxis@seelischegesundheit.ch
www.seelischegesundheit.ch

INHALT

Vorwort und Dank **8**

Das Wichtigste in Kürze für den eiligen Leser **10**

Definition Burnout **14**
Burnout als Zustand 14
Burnout als sich entwickelnder Prozess bis zur Erschöpfungsdepression 22

Ursachen und bedingende Faktoren für Burnout und Erschöpfungsdepression **30**
Persönlichkeitsmerkmale 30
Arbeitsbezogene Einstellungen 33
Jobmerkmale und Aspekte des Arbeitsumfeldes 34

Prophylaxe zum Erhalt der Lebensqualität und der Leistungsfähigkeit **40**
Leistung und Arbeit 40
Soziale Aktivitäten und Beziehungen 41
Körper und Sinne 42
Kultur und geistig-emotionales Erleben 43

Therapeutische Möglichkeiten bei Burnout und Erschöpfungsdepression **48**
Bewegung: aktiv sein 49
Entspannung: achtsam sein 50
Selbsterkenntnis: bewusst sein 51
Medikamente: unterstützt sein 53

Literatur **60**

Selbsthilfe **63**

VORWORT UND DANK

«Burnout» wird wie schon 2007, als diese Broschüre erstmals verfasst wurde, weiterhin oft «diagnostiziert» und viel diskutiert.

Positive Argumente wie die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen sprechen für das Konstrukt «Burnout». Aber es gibt auch Kritik an der «Diagnose», weil es keine Krankheit im Sinne einer psychiatrischen Diagnose nach ICD-10 oder DSM-5 ist.

2007 durfte ich mit freundlicher Unterstützung der Firma Lundbeck AG die hier nun in überarbeiteter Form vorliegende Broschüre zum Thema «Burnout» verfassen. Dies damals unter anderem auf der Grundlage der durch Frau Dr. Beate Schulze bis zum Jahr 2005 aufgearbeiteten Literatur zum Thema Burnout. Sie leitete das Projekt des Zürcher Empowerment Programms für Stressmanagement und Burnout-Prävention im Gesundheitswesen an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich.

In den letzten 13 Jahren ist zum Thema Burnout in der Schweiz viel gearbeitet und entwickelt worden. So wurde das Burnout-Konzept durch die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) und auch durch die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) anerkannt. Praktisch jede renommierte Psychiatrische Klinik mit psychotherapeutischen Stationen bietet heute Spezialangebote für diese Problemstellung an.

Und das für ein Beschwerdebild, das es streng genommen als Krankheit nicht gibt (WHO, ICD-10, Kapitel V/F; Dilling et al., 1991). Die WHO listet das Burnout-Syndrom nur als «Faktor, der den Gesundheitszustand beeinflusst und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führt»: Erschöpfungssyndrom; ICD-10: Z73.0.

Wie vom Schweizerischen Expertennetzwerk für Burnout, kurz SNB, und der DGPPN beschrieben, geht man heute davon aus, dass individuelle Faktoren und Faktoren am Arbeitsplatz eine Arbeitsüberforderung mit vegetativen Stresssymptomen und Erschöpfung hervorrufen und bei andauernder Überforderung, also chronischem Stress, in

einen Burnout führen. Und dass aus diesem Zustand des Burnouts wiederum psychische und körperliche Folgeerkrankungen, wie z. B. Erschöpfungsdepressionen, resultieren können.

Mit dieser Broschüre soll, ausgehend vom aktuellen Stand der Forschung und den derzeit vertretenen Meinungen zu Burnout, ein pragmatischer Wissens- und Ideenratgeber vorgelegt werden, in dem Betroffene, deren Angehörige, behandelnde Ärzte und Führungsverantwortliche in den Betrieben Wichtiges über die Symptome und den Verlauf von Burnout-Zuständen und Burnout-Prozessen erfahren können. Dies unter besonderer Berücksichtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit im Zusammenhang mit Depressionen und deren Folgezuständen und unter ergänzenden Überlegungen zum Wiedereinstieg in das Arbeitsumfeld.

Es soll aufgezeigt werden, wie jede und jeder von uns prophylaktisch etwas gegen Burnout und Erschöpfungsdepression unternehmen kann. Und es soll, basierend auf den klinischen Erfahrungen des Autors, aufgezeigt werden, wie man therapeutisch Burnoutzustände und Erschöpfungsdepressionen erfolgreich behandeln kann.

Mein Dank gilt vor allem meinen Patientinnen und Patienten, von denen ich jeweils durch die Bewältigung der individuellen Problemstellungen mehr und mehr über Burnout-Prozesse verstehe, ständig weiter lerne und fortlaufend die Erkenntnisse in meine Arbeit einfliessen lassen kann.

Herzlichen Dank auch der Firma Lundbeck (Schweiz) AG, die mit dem Ermöglichen dieser Broschüre zur Entstigmatisierung psychischer Probleme, zur Selbsthilfe und zur Gesundheitsprävention beiträgt.

Bad Ragaz, Januar 2021

Dr. med. Joachim Leupold

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE FÜR DEN EILIGEN LESER

1 Entsprechend der Erstbeschreibung von einem Burnout-Zustand ist dieser charakterisiert durch:

1. Emotionale Erschöpfung
2. Depersonalisierung
3. Reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit

Kognitive Einschränkungen bei reduzierter Leistungsfähigkeit / Depression:

- Aufmerksamkeit
- Gedächtnis und Lernen
- Exekutive Funktionen
- Psychomotorische Geschwindigkeit

Die sieben Phasen eines Burnout-Prozesses nach Matthias Burisch:

1. Phase der ersten Warnzeichen
2. Phase des reduzierten Engagements
3. Phase der emotionalen Reaktionen
4. Phase der Abnahme von kognitiven Fähigkeiten
5. Phase des Abflachens des emotionalen und sozialen Lebens
6. Phase der psychosomatischen Reaktionen
7. Phase von Depression und Verzweiflung

2 Folgende drei Hauptfaktoren spielen in der Entstehung eines Burnouts eine entscheidende Rolle:

- Persönlichkeitsmerkmale
- Arbeitsbezogene Einstellungen
- Jobmerkmale und Aspekte des Arbeitsumfeldes

Sowohl diagnostisch als auch therapeutisch sind alle drei Komponenten zu berücksichtigen, um die Problemstellung individuell bestmöglich zu erfassen und zielorientiert behandeln zu können.

3 **Um einem Burnout bestmöglich vorzubeugen und sich gesund und leistungsfähig zu erhalten, erscheint es sinnvoll, sich in verschiedenen Lebensbereichen, den «Vier Säulen der Gesunderhaltung», zu engagieren, um die Bereiche jeweils als Ressource für die anderen Bereiche zur Verfügung zu halten:**

1. Leistung und Arbeit
2. Soziale Aktivitäten und Beziehungen
3. Körper und Sinne
4. Kultur und geistig-emotionales Erleben

Eine einseitige, nur auf den Leistungsaspekt ausgerichtete und die anderen Bereiche vernachlässigende Lebensweise erhöht das Risiko für einen Burnout. Wichtig ist es, die individuell unterschiedlich gewichtete, für den einzelnen «richtige» Balance zwischen den verschiedenen Bereichen zu finden.

4 **Burnout und Erschöpfungsdepression können erfolgreich behandelt werden. Je früher sich der Betroffene in Behandlung begibt, desto rascher wird er wieder leistungsfähig und desto geringer werden die Behandlungs- und Folgekosten (Arbeitsausfall) sein.**

Die Behandlung des Burnouts resp. einer Erschöpfungsdepression muss, aufgrund der komplexen Natur, multimodal erfolgen.

Hauptpfeiler der Behandlung sollten sein:

1. Bewegung: aktiv sein
2. Entspannung: achtsam sein
3. Selbsterkenntnis: bewusst sein
4. Medikamente: unterstützt sein

Je nach Stadium des Burnouts resp. der Erschöpfungsdepression ist die Behandlung auch ohne Medikation möglich. Eine manifeste Depression muss fachmännisch, bestmöglich von einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eventuell auch medikamentös, behandelt werden.

Eine psychotherapeutische Behandlung (auch im Sinne einer Kurzzeitpsychotherapie mit anschliessendem Coaching) mit bestmöglichem Einbezug von Angehörigen und Vorgesetzten am Arbeitsplatz erscheint in der Bewältigung eines Burnouts dringend empfehlenswert. Sollte im Rahmen einer Psychotherapie eine medikamentöse antidepressive Therapie fortzusetzen sein, ist darauf zu achten, kognitive Fähigkeiten auf keinen Fall zu beeinträchtigen, sondern ggf. durch eine geeignete Auswahl der Medikation zu stützen und zu fördern – auch um die aktive Mitarbeit des Patienten im Rahmen der Psychotherapie bestmöglich zu unterstützen. Denn neben Stimmung und Antriebslage ist während der Reintegration am Arbeitsplatz gerade der kognitiven Leistungsfähigkeit des Betroffenen besondere Beachtung zu schenken.

DEFINITION BURNOUT

Burnout als Zustand

Als der Psychiater Herbert Freudenberger Anfang der 1970er-Jahre den Begriff erstmals in einem medizinischen Kontext benutzte, beschrieb er bei freiwilligen Helfern einer sozialen Einrichtung für Drogenabhängige in New York eine zunehmende Erschöpfung, eine distanzierte und zynische Einstellung der Sozialarbeiter gegenüber ihren Klienten und eine negative Einstellung gegenüber der eigenen Arbeitsleistung (Freudenberger 1974). Dies bei Menschen, die zuvor mit grossem Engagement und Begeisterung, gepaart mit Idealismus, an ihre Aufgabe herangetreten waren.

Christina Maslach, eine Sozialpsychologin in der kalifornischen Universitätsstadt Berkeley, untersuchte ebenfalls seit den 1970er-Jahren Menschen in stressigen Berufen und wie sie mit ihren emotionalen Belastungen umgehen. Sie formulierte die **drei Kernaspekte eines Burnout-Zustandes**, wie sie Freudenberger ebenfalls formuliert hatte (Maslach 1982):

Emotionale Erschöpfung ist dabei ein Zustand, in dem man sich **gefühlsmässig ausgelaugt** fühlt. Sie können sich nicht mehr in andere hineinfühlen und nicht mehr mitfühlend denken und handeln.

Depersonalisierung ist ein Fachausdruck, der in diesem Zusammenhang vor allem die **negativen Wahrnehmungen und negative Gefühle** gegenüber anvertrauten Kunden oder Mitarbeitern im Arbeitskontext meint, die bei Beginn der Arbeit nicht bestanden hatten. Also eine Veränderung in der Haltung des Betroffenen gegenüber anderen Menschen, die im Arbeitsumfeld von Bedeutung sind. Hierbei wird der Betroffene von seinem Umfeld verändert wahrgenommen: «So kenne ich dich nicht.» Auch Betroffene erleben sich selbst als «anders».

Mit der **reduzierten persönlichen Leistungsfähigkeit** ist gemeint, dass die Betroffenen sich in ihrer **professionellen Kompetenz vermindert leistungsfähig** wahrnehmen, und es tatsächlich auch zunehmend sind. Sie haben das Gefühl, nicht das bringen zu können, was eigentlich in ihnen steckt und von ihnen aufgrund ihrer Qualifikationen erwartet werden sollte und erwartet werden dürfte. Da dies dann auch zu Fehlern führen kann und Betroffene eventuell merklich länger für ihre Aufgaben brauchen, fällt es früher oder später auch dem Umfeld am Arbeitsplatz und der Familie auf.

Heutzutage arbeiten viele in der Dienstleistungs- und Kommunikationsbranche. Einige von ihnen sind aufgrund der geforderten Leistung besonders anfällig für kognitive Einschränkungen. Also die wesentlichen Fähigkeiten unseres Gehirns, Informationen aufzunehmen, zu verarbeiten, «abzulegen» und wieder hervorzuholen. Wichtiges von Unwichtigem zu unterscheiden, Prioritäten setzen zu können, zu filtern, zielgerichtete Handlungen gedanklich vorzubereiten und im Weiteren auch auszuführen. Das alles mit zügiger Verarbeitungsgeschwindigkeit und der Fähigkeit, rasch von einem Fokus auf den anderen zu wechseln.

In der Fachwelt wird in diesem Zusammenhng auch von der **«cold cognition»** einerseits, und der **«hot cognition»** andererseits gesprochen.

Unter der **«cold cognition»** wird folgendes genauer betrachtet:

Unter **«hot cognition»** werden die emotional beeinflussten kognitiven Fähigkeiten verstanden, wie etwa:

Bei depressiven Patienten ist bekannt, dass sie Probleme im Planen haben, ihre Konzentration verschlechtert ist, dass sie langsamer reagieren und Mühe mit dem Gedächtnis bekommen (Hammar et Ardal, 2009; Elliott, 2003).

* (Satzbau, nicht-emotionale Semantik also Wortbedeutung)
** (emotionale Semantik also Wortbedeutung, emotionale Sprachmelodie und -rhythmus)

In einer Untersuchung aus dem Jahr 2012 wurde festgestellt, dass 52% der Befragten mit einer Depression angaben, dass sie wegen kognitiver Beeinträchtigungen sehr stark bei der Arbeit behindert waren oder die Arbeit deshalb sogar beenden mussten (Lam et al., 2012).

Eine andere Untersuchung stellte fest, dass von 27% der depressiven Patienten mittelmässige kognitive Beschwerden angegeben wurden, von 13% sogar ernsthafte bzw. schwere. Hierbei waren vor allem schlechte Konzentration und Gedächtnisprobleme als Hauptprobleme genannt, aber auch verlangsamtes Denken und Wortfindungsstörungen (Iverson et Lam, 2013).

Für Ärzte und Therapeuten stehen verschiedene und allseits bekannte Standard-Tests zur Verfügung, um kognitive Einschränkungen zu erkennen.

Im Alltag können folgende Fragen helfen, um bei sich selbst, Arbeitskollegen oder Familienmitgliedern **Hinweise für kognitive Einschränkungen** festzustellen oder darauf hinzuweisen:

Haben Sie Schwierigkeiten, Entscheidungen im beruflichen oder privaten Leben zu treffen? Wenn ja, warum?

Haben Sie Schwierigkeiten, Zeitung, Briefe oder Berichte zu lesen und aufzunehmen, zu verstehen?
Ebenso bei Fernsehsendungen oder Gesprächen?

Verlegen Sie häufiger Dinge, wie z. B. Schlüssel, oder vergessen Sie Namen von Ihnen bekannten Leuten oder Dinge, die Sie einkaufen wollten?
Verlieren Sie den Faden bei Aufgaben zu Hause oder bei der Arbeit?

Haben Sie Mühe, Ihnen durchaus bekannte und übliche Aufgaben im Berufsleben oder im Privatleben zu beginnen oder auch zu beenden?

Haben Probleme wie oben erfragt (negativen) Einfluss auf Ihr Alltagsleben?

Markus*

Erfahrener und gewissenhafter Sozialarbeiter, fühlt sich ausgelaugt, 48 Jahre alt, verheiratet, zwei Kinder.

Erfahrener Berufsmann in Führungsverantwortung. Gewissenhaft. Seit Jahren voller Einsatz für Klienten und Mitarbeiter. Macht zunehmend Überstunden, arbeitet auch an allen Wochenenden, um den «Papierkram» noch zu erledigen. Das Familienleben leidet darunter. Er reagiert innerlich zunehmend aggressiv gegenüber Klienten, will das aber gar nicht, schämt sich deshalb, weil er doch helfen will und soll. Fühlt sich ausgelaugt, im Kopf «wie leer», würde morgens am liebsten einfach liegenbleiben. Leidet unter massiven Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit und Wortfindungsstörungen, erinnert sich nicht gleich an Namen von langjährigen Kunden. Kennt sich so nicht, hat deshalb zunehmend Angst. Bekommt auch von Kollegen entsprechende Rückmeldungen, die er aber nach aussen hin noch abtut.

**realer Fall, Name und Bild fiktiv*

Burnout als sich entwickelnder Prozess bis zur Erschöpfungsdepression

Wenn wir als Ärzte einen Betroffenen zu einem bestimmten Zeitpunkt zum ersten Mal sehen, können wir bestimmte Symptome und Verhaltensweisen erkennen und beschreiben. Wenn wir nachfragen, die Anamnese erheben oder die Berichte von Angehörigen und Arbeitskollegen anhören, dann erkennen wir schnell, dass der aktuelle Zustand Teil eines sich entwickelnden Prozesses ist, der zum Zeitpunkt der Konsultation beim Psychiater leider häufig schon seit vielen Monaten oder gar Jahren abläuft.

Einen in sich schlüssigen und klinisch-praktisch auch sehr häufig gut **nachvollziehbaren Entwicklungsprozess eines Burnouts** bietet Professor Matthias Burisch vom Fachbereich Psychologie der Universität Hamburg, wobei er sieben Phasen definiert (Burisch, 2013):

7. PHASE VON DEPRESSION UND VERZWEIFLUNG

Phase eins mit den ersten Warnzeichen ist bestimmt durch einen **gesteigerten Einsatz für bestimmte Ziele bei der Arbeit**, was sich in der Zunahme von Überstunden am Arbeitsplatz zeigen kann. Die Betroffenen und ihre Angehörigen stellen vielleicht **erste Anzeichen von Erschöpfung mit Müdigkeit und Motivationsverlust für andere Tätigkeiten** fest. Häufig sind vegetative Überreaktionen festzustellen im Sinne von ganz unspezifischen körperlichen Symptomen wie Magen-Darmreaktionen, verstärktem Schwitzen, Mundtrockenheit, leichten Kopfschmerzen, Schwindel, Schlafstörungen und vielem mehr.

In der Phase des reduzierten Engagements ist beim Betroffenen ein **sozialer Rückzug** beobachtbar: Der Betroffene versucht, weniger Fremdeinflüssen ausgesetzt zu sein. Er wird schweigsamer, zeigt vielleicht in gewissen Nebensätzen erste negative Einstellungen zu seiner Arbeit und wirkt häufig «egoistischer», mehr auf seinen eigenen Nutzen konzentriert. Man erlebt ihn, als ob er Scheuklappen aufhabe: **eingeengt in seiner Wahrnehmung, irgendwie abgeschnitten, fremd.**

Selbstverständlich verlaufen die Übergänge fliessend, und unbemerkt befindet sich der Betroffene bereits in der **dritten Phase, der Phase der emotionalen Reaktionen mit Minderwertigkeitsgefühlen und Pessimismus.** Häufig kommt es dabei auch zu Schuldzuschreibungen an andere, was zusätzlich zu zwischenmenschlichen Belastungen führen kann. Oft wird der sich aufbauende Burnout-Prozess durch die dann ablehnenden oder gereizten Reaktionen der anderen noch angeheizt. Der Betroffene wird in seinen negativen Selbstwahrnehmungen von aussen bestätigt, was seine innere Wahrnehmung untermauert und die Negativspirale des Prozesses beschleunigt.

Auffällig ist dann die **vierte Phase,** in der es zu einer **Abnahme der kognitiven Leistungsfähigkeiten mit Verlust von Motivation, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Kreativitätseinbruch, Verschlechterung der Flexibilität und Abgrenzungsfähigkeit** des Betroffenen kommt. Vergesslichkeit, Unkonzentriertheit und dadurch auch Fehler in der Arbeitstätigkeit lassen sich sowohl vom Betroffenen, als auch von

seinem Umfeld wahrnehmen, da sie in unserer Dienstleistungsgesellschaft und den damit notwendigen zwischenmenschlichen Kompetenzen von zentraler Bedeutung sind. Die Negativspirale erhält Nahrung, dreht sich immer schneller abwärts.

Aus meiner praktischen Erfahrung ist zeitgleich die von Burisch beschriebene **fünfte Phase, die Phase des Abflachens des emotionalen und sozialen Lebens und Erlebens,** bei den Betroffenen zu beobachten. Sie werden gleichgültig, meiden möglichst jegliche Kontakte zu anderen und können sich nicht mehr in andere hineinfühlen oder hineindenken. **Sie werden emotional «stumpf».** Freude kann nicht mehr oder nur noch reduziert empfunden werden. Das Interesse an Dingen, die einem bisher wichtig waren, schwindet. Als wichtiges Warnsignal in dieser Phase geben Betroffene oft bisher geliebte Freizeitbeschäftigungen oder Hobbys auf, was im Normalfall auch zu einer weiteren Eskalation des Burnout-Prozesses beiträgt. **Spätestens jetzt leiden Betroffene unter der sogenannten Anhedonie** (Snaith P., 1993; Keller J et al., 2013). Sie sind lust- und freudlos, häufig haben sie auch keinen Appetit mehr. Das betrifft auch die Sexualität. Bei der Anhedonie handelt es sich um ein wesentliches **Kernsymptom der sich anbahnenden Erschöpfungsdepression.** Ärztlich-therapeutische Hilfe wird nötig.

Burisch beschreibt die **sechste Phase als die Phase der psychosomatischen Reaktionen.** Wenngleich bereits in der ersten Phase mit leichten vegetativen Symptomen psychosomatische Reaktionen im eigentlichen Sinne beobachtbar sind, so stehen sie in der sechsten Phase nach Burisch **als leidvolle Symptome im Vordergrund des Erlebens** des Betroffenen: muskuläre Verspannungen mit Schmerzen, egal ob Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Gliederschmerzen oder Schlafstörungen jeglicher Art (Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen und morgendliches Früherwachen) prägen diesen Zustand. Die Betroffenen können sich in der Freizeit, selbst in einem mehrwöchigen Urlaub, **nicht mehr erholen.** Häufig kommt es zu Veränderungen der Essgewohnheiten: Die einen essen kaum noch etwas, andere essen übermässig. Sehr häufig kommt es auch zu einem vermehrten Konsum von Alkohol

oder anderen Drogen, womit der Betroffene noch versucht, das Ruder herumzureissen und eine gewisse Funktionsfähigkeit trotz des leidvollen Zustandes zu ermöglichen.

In der dargestellten Phase ist an **Anpassungsstörungen mit depressiver Reaktion, Angst- und Zwangsstörung zu denken.** Oder auch an sogenannte somatoforme Störungen, bei denen Schmerzen oder Funktionsstörungen von Organen von den Betroffenen erlebt und berichtet werden, die aber durch körperliche Untersuchungen nicht bestätigt werden können. In diesem Stadium kann es sein, dass neben dem Burnout oder der zunehmenden Erschöpfungsdepression auch andere psychiatrische Erkrankungen diagnostiziert werden müssen. Manchmal kommt es auch zum Rückfall einer früher durchgemachten Krankheit, wie z. B. wiederkehrenden Depressionen, Magersucht, Alkoholmissbrauch oder anderem. Diese müssen selbstverständlich entsprechend behandelt werden.

Weiter ist natürlich nicht zu vergessen, dass die aufgeführten, meist unspezifischen **(Stress-)Symptome auch Ursache einer körperlichen Grunderkrankung sein können.** In Frage kommen u.a.: Blutarmut (Anämie), Eisenmangel, Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose), Niereninsuffizienz, Borreliose, HIV, Tuberkulose, Krebserkrankungen, entzündliche (rheumatische) Erkrankungen, degenerative Erkrankungen des zentralen Nervensystems im Gehirn und/oder Rückenmark, Schlaf-Apnoe-Syndrom oder Medikamentennebenwirkungen (Korczak, et al., 2010). In Bezug auf die jeweils notwendige Therapie erklärt sich von selbst, dass entsprechend einer zu stellenden Diagnose, egal ob psychiatrisch oder medizinisch, nach den Regeln der Kunst – evidenzbasiert und störungsspezifisch – vorzugehen ist.

Mehr oder weniger fliessend gerät der Betroffene ohne geeignete Gegenmassnahmen in die **siebte Phase nach Burisch, die Phase von Depression und Verzweiflung.** Dazu gehören **Gefühle der Sinnlosigkeit, eine zutiefst negative Einstellung mit massiven Zukunftsängsten und existenzielle Verzweiflung.** Sie kann zu Suizidgedanken und, im

schlimmsten Falle, zu Suizidhandlungen führen. Mittelschwere bis schwere kognitive Einschränkungen und Antriebslosigkeit prägen in den meisten Fällen das Bild. Spätestens in diesem Zustand muss aus psychiatrischer Sicht aufgrund der vorliegenden Symptomatik entsprechend der Internationalen Klassifikation für psychische Störungen eine **mittelschwere oder gar schwere Depression im Sinne einer Erschöpfungsdepression diagnostiziert werden.**

Peter*

Jahrelang erfolgreicher Unternehmer, verheiratet, zwei schulpflichtige Kinder, begeisterter Berggänger, sportlich, 52 Jahre alt.

Beobachtete bei sich selbst seit über zwei Jahren zunehmenden Abbau seiner Leistungsfähigkeit, gleichzeitig «nur noch Arbeit». Kaum noch Zeit für die Familie. Seit einem Jahr keine Bergwanderungen mehr. Auch sonst keine sportliche Betätigung mehr. Grübelt seit einem halben Jahr nur noch, deshalb auch massive Schlafstörungen. Macht Fehler bei der Arbeit, vergesslich, kann sich bei Sitzungen kaum noch konzentrieren. Fühlt sich überrollt von allem, Angst vor zunehmendem Kontrollverlust. Depressiv, suizidale Gedanken. Dreiwöchige Sommerferien als selbst gewählte Massnahme halfen nichts mehr: keine Erholung. Daraufhin Vorstellung beim Psychiater zur Behandlung.

**realer Fall, Name und Bild fiktiv*

URSACHEN UND BEDINGENDE FAKTOREN FÜR BURNOUT UND ERSCHÖPFUNGSDEPRESSION

In diesem Kapitel soll dargestellt werden, welche Faktoren in der Entstehung und Entwicklung eines Burnout-Prozesses bis zu einer Erschöpfungsdepression beurteilt werden.

Persönlichkeitsmerkmale

Wir alle verfügen über **«Stärken»** und **«Schwächen»**. Diese allgemeine Aussage kann sicherlich jeder für sich bejahen. Und auch wenn wir unsere Partnerin oder unseren Partner, unsere Freunde und Bekannten, Mitarbeiter oder Kollegen entsprechend beurteilen sollten, stellen wir schnell fest: Wir alle haben unsere starken Seiten – und eben auch unsere Schwächen.

Aus psychotherapeutischer Sicht erscheint es hierbei **besonders wichtig, dass wir uns dieser Stärken und Schwächen bewusst sind.** So können wir abhängig vom Kontext der Situation, in der wir uns bewegen, entsprechend damit umgehen. Und es ist dabei sehr wichtig, dass wir uns in Bezug auf unsere Schwächen allfällig schützen und in Bezug auf unsere Stärken «unser Licht nicht unter den Scheffel stellen». Denkbar ist auch, dass eine für uns typische Verhaltensweise im beruflichen Kontext eine Stärke, im privaten Umfeld jedoch eine Schwäche sein könnte. Die Resilienzforschung befasst sich mit der Frage, wie wir mit unseren Stärken auch in schwierigen Zeiten und Situationen «gesund» bleiben können. Eine Fähigkeit, die in diesem zu Ende gehenden Jahr (2020) auf eine gründliche Probe gestellt wurde!

Es gibt Hinweise dafür, dass **Menschen mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen ein höheres Risiko haben, an einem Burnout zu erkranken.** Gleichzeitig gibt es Hinweise dafür, **dass bestimmte Persönlichkeitsmerkmale die Wahrscheinlichkeit für einen Burnout vermindern,** also vor der möglichen Entwicklung eines Burnouts schützen können. Dazu gehören **Persönlichkeitsmerkmale wie engagiertes Nachgehen von Alltagsaktivitäten, positive Kontrollüberzeugung**

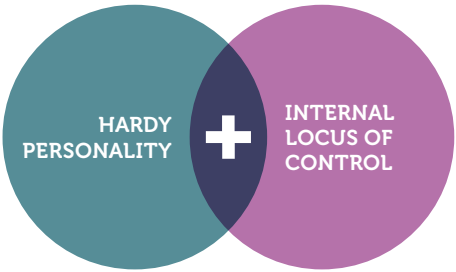
(«internal locus of control») **in Bezug auf äussere Ereignisse zu haben und Veränderungen gegenüber offen zu sein** (Pierce et Molloy, 1990). Man spricht bei Menschen mit diesen Persönlichkeitsmerkmalen von der so genannten **«hardy personality»**.

Es konnte auch gezeigt werden, dass es Menschen gibt, die bestimmte Stresssituationen ohne negative Folgen für sich überstehen, andere hingegen dadurch einen Burnout erleiden. Es scheint einen Zusammenhang zur jeweiligen Selbsteinschätzung einer Situation zu geben: Menschen, die eine Situation als Bedrohung erlebten, neigten eher zu Burnout als solche, die in einer solchen Situation die persönliche Herausforderung für sich sehen können (Gomes, Faria & Goncalves, 2013).

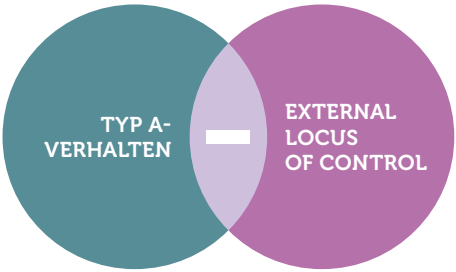
So haben Menschen ein erhöhtes Burnout-Risiko, die sich eher dem Einfluss anderer oder dem Zufall ausgesetzt sehen, also sich praktisch den äusseren Bedingungen und den anderen Menschen gegenüber, ausgeliefert fühlen («external locus of control»). Menschen, die eher dazu neigen, ängstlich zu sein, sehr sensibel sind und eher depressiv oder auch ablehnend bis feindselig reagieren, erleben sich häufig anderen Menschen und Dingen gegenüber «ausgeliefert». Sie sprechen sich selbst und ihrem Tun wenig Kraft und Durchsetzungsvermögen zu. Und sie haben ein erhöhtes Burnout-Erkrankungsrisiko.

Interessanterweise hat man aber auch festgestellt, dass Menschen mit dem so genannten **«Typ A-Verhalten» ein erhöhtes Risiko haben, einen Burnout oder auch Herz-Kreislauf-Erkrankungen** wie Herzinfarkte zu erleiden (Miller, 1996). Menschen mit Typ A-Verhalten sind sehr wettbewerbsorientiert, führen einen erfolgsorientierten Lebensstil und ziehen es vor, unter Zeitdruck zu arbeiten. Ein weiteres typisches Merkmal von Menschen mit Typ-A-Verhalten ist ein besonderes Bedürfnis, Kontrolle über ihr direktes Umfeld (privat wie beruflich) zu haben.

**Persönlichkeitsmerkmale,
die das Risiko eines Burnouts reduzieren:**



**Persönlichkeitsmerkmale,
die das Risiko eines Burnouts erhöhen:**



Auch wenn bestimmte Persönlichkeitsmerkmale sicherlich eine genetische Dimension haben und bis zu einem gewissen Grad unabänderlich sind, darf man doch auf der Verhaltensebene festhalten, dass der Mensch sein Leben lang lernfähig ist. Er kann für ihn hinderliche oder gar negative Verhaltensweisen im Verlauf seines Lebens durch geeignetere Strategien ersetzen, wenn diese sein Leben vereinfachen oder die Lebensqualität erhöhen. Dafür gilt es aber, die Wahrnehmung zu haben und ein Bewusstsein dafür zu schaffen. Dies ist die Grundlage jeglichen Veränderungsprozesses.

Arbeitsbezogene Einstellungen

Es erscheint relativ leicht nachvollziehbar, dass **hohe oder gar unrealistische Erwartungen an sich selbst und an die Aufgabe bei der Arbeit zu einem Burnout-Zustand führen können.** Die Frustration, die sich daraus ergibt, dass ein Ist-Zustand nicht mit dem Soll-Zustand übereinstimmt, kennt vermutlich jeder im Alltag. Je grösser die Diskrepanz zwischen diesen beiden Werten ist, und je häufiger sie eintritt, umso wahrscheinlicher ist es, dass wir an den von uns selbst gestellten Zielen oder den vorgegebenen Zielen scheitern werden.

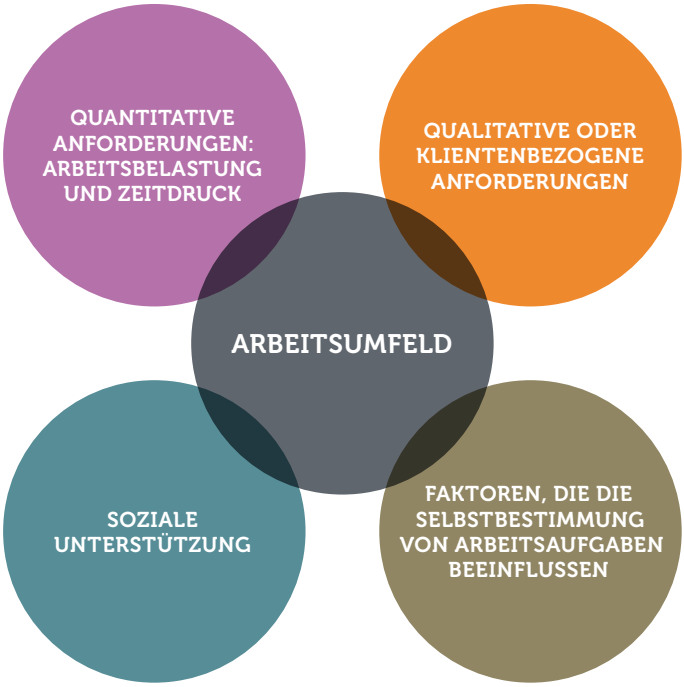
Dies ist schlecht für unser Selbstwertgefühl und kann – im Sinne des steten Tropfens, der den Stein höhlt – dazu führen, dass wir jeglichen Glauben an uns selbst, und damit jede Motivation verlieren.

Gerade Menschen, die mit einer hohen emotionalen Beteiligung sehr engagiert an ihre Aufgaben herangehen, haben deshalb ein erhöhtes Risiko, in einen Burnout-Prozess einzutreten. Da sehr häufig im heutigen Arbeitsumfeld nicht das persönliche und emotionale Engagement der betroffenen Person gewürdigt wird, sondern einzig und allein das Ergebnis, der «Outcome» zählt, kann dies zu grosser Frustration und Enttäuschung führen.

Sicherlich haben die arbeitsbezogenen Einstellungen auch sehr viel mit den Persönlichkeitsmerkmalen der betroffenen Person zu tun. So ergeben sich deutliche Hinweise dafür, dass Menschen mit einer eher zwanghaft-perfektionistischen Sicht der Dinge schneller auch einmal von sich selbst enttäuscht und somit einer höheren Frustrationsgefahr ausgesetzt sind als andere. Gleichzeitig gilt, dass ein ordentliches, zielorientiertes und möglichst nach «100%iger Leistung» strebendes Verhalten in unserer Gesellschaft hoch anerkannt und bereits in der Schule gezielt gefördert wird. **Die Frage ist also, wie wir auf individueller Ebene mit den durchaus berechtigten, aber ambivalenten Anforderungen unserer Gesellschaft vernünftig haushalten.**

Jobmerkmale und Aspekte des Arbeitsumfeldes

Bei den Merkmalen der Tätigkeit und den Aspekten des Organisationsumfeldes werden vier verschiedene Dimensionen unter die Lupe genommen:



Verschiedene Autoren konnten zeigen, dass **hohe Arbeitsbelastung und Zeitdruck mit einem erhöhten Auftreten von Burnout einhergehen** (Schulze, 2005). Je mehr Arbeit wir in immer weniger Zeit zu erledigen haben, desto höher wird unser Stressniveau sein. Wenn dies nur kurzzeitig andauert, werden die meisten von uns damit fertig. Wenn diese Konstellation jedoch andauert, so wird früher oder später jeder Einzelne unter dieser Konstellation in einen Burnout-Prozess geraten. Wir kommen in eine Sisyphos-Situation, in der wir uns wie der Hamster in seinem Rad mehr und mehr erschöpfen – und nie ankommen, das Ziel nie erreichen.

Es gibt bestimmte Berufe oder Aufgabengebiete, die ganz offensichtlich mit einem erhöhten Risiko für Burnout einhergehen. **Das scheint an qualitativen, klientenbezogenen Anforderungen zu liegen.** Je häufiger und länger man direkt mit Patienten oder Klienten arbeitet und je schwerwiegender die Probleme dieser Klienten oder Patienten sind, desto höher ist das Burnout-Risiko (Schaufeli et Enzmann, 1998). Auch wenn Burnout oft als «Managerkrankheit» wahrgenommen wird, so ist nicht zu vergessen, dass in den Erstbeschreibungen von Freudenberger und Maslach Menschen in sozialen Berufen und Dienstleister im Gesundheitswesen als primär Betroffene beschrieben wurden. Darüber hinaus wurde aber auch festgestellt, dass **Rollenkonflikte innerhalb der Tätigkeit mit einem erhöhten Burnout-Risiko einhergehen.** Mit Rollenkonflikten sind Situationen gemeint, in denen innerhalb des Berufsbildes zum Teil gegensätzliche Erwartungen an die betroffene Person gestellt werden. Ein weiterer grosser **Risikofaktor für Burnout sind nicht klar definierte Aufgaben oder unklare, schlecht definierte Stellenbeschreibungen und Anforderungsprofile.**

Selbstverständlich spielt die soziale Unterstützung eine massgebliche Rolle. Wir streben alle nach einem hohen Mass an Autonomie, also Selbstbestimmung und Selbstverantwortung. Und doch sind wir alle auch abhängig von anderen, brauchen die Unterstützung und den Zuspruch, um gerade in Phasen hohen Arbeitsdruckes und gewisser Unsicherheiten weiterhin und dauerhaft einen guten Job machen zu kön-

nen. **Feedback, Aufmunterungen und konstruktive Kritik können hierbei Wunder wirken,** wenn sie von Herzen kommen. Im umgekehrten Falle kann dieser Sachverhalt geradezu als heimtückische Waffe (Mobbing) umfunktioniert werden. Jeder Führungsverantwortliche sollte sich an dieser Stelle bewusst sein, wie wichtig ein freundliches «Guten Morgen», eine konstruktive Rückmeldung auf die erledigte Arbeit eines Mitarbeiters oder einfach die Erkundigung nach seinem Allgemeinwohl ist. Es geht um die Frage, wie wir miteinander umgehen wollen und wie wir auch in emotional nicht zu nahestehenden Beziehungen das Gefühl von **«Wahrgenommensein», «Ernstgenommensein»** und Zugehörigkeit vermitteln wollen. Alle diese Punkte sind grundsätzlich wichtig für jeden und jede von uns, um uns wohl zu fühlen.

In einer Zeit, in der wir gerade in Bezug auf Autonomieentwicklung geschult und beworben werden, ist es selbstverständlich auch nur logisch, dass wir die uns zugeteilten Aufgaben mit grösstmöglicher Selbstbestimmung und Flexibilität durchführen wollen. Doch gibt es immer noch Führungsstile, bei denen der einzelne Mitarbeiter nur zum «Erfüllungsgehilfen» degradiert wird – und sich dann auch entsprechend fühlt. Heutzutage ist es für Mitarbeiter wichtig, eigene Entscheidungskompetenzen zu haben, an relevanten Entscheidungen mitbeteiligt zu sein und sich mit seiner Tätigkeit und seiner Firma bzw. seinem Arbeitgeber bestmöglich identifizieren zu können. Verschiedene Autoren konnten zeigen, dass die **Übernahme von Verantwortung und positives Engagement im Beruf wichtige Massnahmen in der Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz – und somit auch Anti-Burnout-Massnahmen – sind** (Karasek et al., 1988; Lee und Asfort, 1996).

Es wird diskutiert (DGPPN, 2012), dass die **ständigen Veränderungen und Neuanforderungen in der Arbeitswelt als Auslöser für Burnout** eine wichtige Rolle spielen dürften. Auch die **Globalisierung** wird genannt, da sie zu einer immer grösser werdenden Konkurrenzsituation im Wirtschaftsleben führt und entsprechende Stressoren wie Stellenkürzungen und Rationalisierungen mit sich bringt. Speziell für ältere Menschen, die noch nicht mit Computern aufgewachsen sind, stellt die

Technik der **Digitalisierung der Arbeitswelt** eine Herausforderung dar, die überfordern und sich in Burnout-Zuständen manifestieren kann. Selbstverständlich ist das **Thema der ständigen Erreichbarkeit** durch E-Mails und Mobiltelefone von grosser Bedeutung. Die Grenzen zwischen Arbeitswelt und Privatleben lösen sich auf. Und dies ist nur die Spitze des Eisberges mit vielen anderen Phänomenen in unserer sich digitalisierenden Gesellschaft.

Johanna*

In ihrer Arbeit aufgehende Journalistin, unverheiratet, keine Kinder, 42 Jahre alt.

Nimmt jeden Job an, grenzt sich nicht ab, ist voller Eifer, was beim Arbeitgeber sehr positiv ankommt und grosse Erwartungen an sie bewirkt. Erfährt dann aber auch Ablehnung und Neid von Kollegen. Kommt selbst nicht mehr zur Ruhe, Schlafstörungen. Versucht, nach aussen noch «stärker und schneller» zu erscheinen, damit man ihr ihre Erschöpfung nicht ansieht. Hat Angst vor Arbeitsplatzverlust und Verlust der Sympathie ihrer Vorgesetzten, spürt zunehmend Diskrepanz zwischen ihren Erwartungen an sich und denen von aussen und ihrem innerlichen, erschöpften Zustand. Angst, Auszeit zu nehmen, um ihre Position im Betrieb nicht zu gefährden. Räumt in psychotherapeutischer Sitzung ein, dass sie wohl ihre Haltung zur Sache ändern sollte. «Was will ich eigentlich vom Leben? Was ist wirklich wichtig?»

**realer Fall, Name und Bild fiktiv*

DURCH VORBEUGUNG DIE LEBENSQUALITÄT UND DIE LEISTUNGSFÄHIGKEIT ERHALTEN

In diesem Kapitel geht es nun um die so viel zitierte **«Work-Life-Balance»,** wobei mir der mit diesem Begriff suggerierte Gegensatz nicht zusagt: Die «Zweiteilung» unseres Lebens in einen Arbeitsbereich einerseits und ein «wirkliches Leben» andererseits entspricht hoffentlich nicht unserer Wahrnehmung. Oder doch? Angelehnt an Nossrat Peseschkians «Positive Psychotherapie» (Peseschkian, 1999) definiere ich **folgende vier Säulen als wesentliche Grundpfeiler der Gesunderhaltung und zum Erhalt der Leistungsfähigkeit:**

1. Leistung und Arbeit

2. Soziale Aktivitäten und Beziehungen

3. Körper und Sinne

4. Kultur und geistig-emotionales Erleben

Grundidee dabei ist, dass wir bestmöglich in allen vier genannten Bereichen etwas für uns tun sollten, um einen Ausgleich zu schaffen. Die gegenseitige Befruchtung und Erfrischung durch das Leben in den verschiedenen Bereichen, durch Engagement für diese Bereiche in unserem Leben, ergibt die nötige Balance, um Gesundheit und Wohlbefinden zu erhalten.

Leistung und Arbeit

Leistung hängt eng mit unserer täglichen Arbeit, unserem Beruf zusammen. In unserer Gesellschaft ist der Leistungsaspekt ein sehr wichtiger Faktor, gerade auch, was unsere Selbstwertregulation angeht. Er beinhaltet auch die existentielle Sicherheit als Grundlage für jeglichen anderen Lebensbereich. Wir müssen in die Arbeit und das Leistungsprinzip «investieren». Wir wollen es im Grunde auch. **Das Gefühl der Selbsteffizienz, durch unser Tun etwas bewirken zu können, etwas zu**

erreichen, ist zu tiefst befriedigend und für unser Selbstwertgefühl von entscheidender Bedeutung. Selbstwert ist keine stabile Grösse. Sie nutzt sich im Alltag ab, gleichzeitig sollten wir täglich etwas dafür tun. Und je bewusster wir es tun, und idealerweise auch mit Freude, desto besser. Dabei gilt auch, unangenehme Aspekte unserer Arbeit zu akzeptieren: frei nach dem Motto, dass jede Münze eben zwei Seiten hat, dass dort, wo Licht ist, auch immer Schatten ist. Und so lange wir fair entlöhnt werden und durch unser Einkommen auch unsere grundlegenden Bedürfnisse und Verpflichtungen zu finanzieren vermögen, können wir uns im Grunde sehr glücklich schätzen. Dass Geld alleine allerdings nicht glücklich macht, ist auch eine bekannte Weisheit. Aber ohne genügend Geld ist das Leben in unserer auf Konsum ausgerichteten Gesellschaft auch kein Vergnügen, weil die soziale Ausgrenzung direkt spürbar wird.

Soziale Aktivitäten und Beziehungen

Soziale Aktivitäten sind von grundlegender Bedeutung für unsere mentale Gesundheit. So leben wir nicht nur in Beziehungen, sondern auch für sie. Unsere Partnerschaften, das Eingebundensein im familiären Kontext, unsere Aktivitäten im Freundeskreis und mit unseren Kolleginnen und Kollegen am Arbeitsplatz lassen uns selbst spürbar werden, reflektieren uns, fördern uns. Wir können für andere da sein, andere für uns. Wir fühlen uns wahrgenommen, beantwortet, finden Trost, intellektuellen und emotionalen Austausch. Wir erfahren Inspiration durch unser Gegenüber. Wir gehören dazu: ein wichtiges menschliches Grundbedürfnis. **Gemeinschaft bietet Schutz!** Fordern und fördern als zentrales zwischenmenschliches Geschehen, um sich selbst zu entwickeln und andere ebenso darin zu unterstützen. **«Leben ist in Beziehung stehen».**

Körper und Sinne

Der dritte Grundpfeiler, **die dritte tragende Säule zur Erhaltung der Gesundheit, ist unser Körper, unser ganz bewusstes Erleben über unsere Sinne.** Zu diesem Themenkomplex gehören unsere Ernährung, regelmässige Bewegung und Sport. Letzteres allerdings nicht so sehr unter dem Aspekt der Leistung, sondern vielmehr unter dem Aspekt des Lustprinzips. Gesunder und regelmässiger Schlaf. Zärtlichkeit und Sexualität. «Wellness»-Massnahmen, wie ein entspannendes Bad zu nehmen oder sich eine Massage zu gönnen, spielen in diesen Bereich ebenso eine wichtige Rolle wie die **Achtsamkeit als empfehlenswerte Grundhaltung** in dem, wie wir den Dingen und Menschen – und damit uns selbst – begegnen. Mit dem Begriff der Achtsamkeit (Mindfulness), der aus der zen-buddhistischen Meditationslehre kommt, ist das bewusste Wahrnehmen dessen gemeint, was gerade um uns geschieht: jetzt, in diesem Augenblick. Dabei ist es wichtig, primär eine nichtbewertende, akzeptierende Haltung einzunehmen. **Bei der Achtsamkeit wird der sinnlichen Wahrnehmung besondere Aufmerksamkeit geschenkt: Was sehe ich gerade? Was höre ich in diesem Moment? Was spüre ich auf meiner Haut?**

Achtsamkeit wird in der psychotherapeutischen Fachliteratur stark in den Fokus gebracht, sowohl in der Vorbeugung, der Prophylaxe, als auch in der Therapie. Marsha Linehans' Konzept der Dialektisch Behavioralen Psychotherapie bei Menschen mit Borderline-Störungen beinhaltet die Achtsamkeit als wesentliches Element der Gesamtbehandlung. Diese Behandlungsform hat sich in den letzten Jahren praktisch in allen Psychotherapiestationen im deutschsprachigen Raum durchgesetzt. Besondere Beachtung verdient in diesem Zusammenhang auch das Mindfulness-Based-Stress-Reduction-Programm (MBSR) von Jon Kabat-Zinn und seinem Team an der Stress-Reduction Clinic, Massachusetts (1985). Es konnte gezeigt werden, dass Menschen, die in Achtsamkeit und Meditation geschult wurden, nach einer durchgemachten Depression ein vermindertes Risiko für Rückfälle haben, wenn man diese Gruppe mit anderen zuvor depressiven Klienten vergleicht, die diese Schulung nicht hatten (Bishop, 2002).

Kultur und geistig-emotionales Erleben

Als vierten tragenden Pfeiler definiere ich das kulturelle Leben, das geistig-emotionale Erleben. Wichtige Momente unseres Lebens, wie wir sie z. B. beim Hören oder Praktizieren von Musik, beim Lesen eines fesselnden Romans oder beim Anschauen eines spannenden Kinofilms erleben können. Wenn wir in Tagträumereien versunken den Dingen ihren Lauf lassen. Auch unsere innere Auseinandersetzung mit spirituellen und religiösen Fragen. Im Grunde beschäftigen sich ja alle Menschen irgenwie auch mit den Fragen des **«Woher?» und «Wohin?»** und des **«Warum?». Diese Fragen sind bedeutsam und sollten auf vernünftige Weise in einem erfüllten, ausgeglichenen Leben integriert sein.**

Gefahr läuft derjenige, der sein Leben nur auf der Leistungsschiene definiert, sich nur in diesem Bereich engagiert – und sich letztlich darin erschöpft.

Das Modell der vier Grundpfeiler für die Gesunderhaltung folgt der Idee, dass wir uns in den verschiedenen Bereichen durch unser persönliches Engagement einbringen. Sicherlich kostet das Zeit, «Nerven», Energie und eventuell auch Geld. Idealerweise erhalten wir aber auch aus all den verschiedenen Bereichen etwas für uns zurück, was uns auch in einem anderen Bereich wieder genügend Kraft, Mut und Energie gibt, um das zu leisten, was wir und unser Umfeld gleichermassen von uns erwarten. Und wenn es in einem Bereich einmal schwierig ist, z. B. durch Partnerschaftsprobleme, Verlust von Angehörigen oder körperliche Erkrankung, ist es gut, sich wiederum in den anderen vorgestellten Bereichen Ausgleich, Kraft und Mut zu holen, um im angespannten Bereich durchzuhalten, und die anstehenden Herausforderungen meistern zu können.

DIE VIER SÄULEN DER GESUNDERHALTUNG

LEISTUNG

ARBEIT

FINANZEN

SOZIALES

BEZIEHUNGEN

PARTNERSCHAFT

FAMILIE

KÖRPER/SINNE

ERNÄHRUNG

SEXUALITÄT

ACHTSAMKEIT

NATURERLEBEN

BEWEGUNG

«LUSTPRINZIP»

SCHLAF

«KULTUR»

GEISTIG-EMOTIONALES ERLEBEN

MUSIK

LESEN

TAGTRÄUMEREI

SPIRITUALITÄT

von Joachim Leupold

Urs*

Erfolgreicher Unternehmer, hat sich von schwerem Burnout erholt, 55 Jahre alt, verheiratet, drei erwachsene Kinder.

Schwerer Burnout mit Erschöpfungsdepression vor drei Jahren bei zuvor über mehrere Jahre völliger Absorption im Betrieb und Vernachlässigung von Familie, Sport und gesunder Ernährung. Konnte schwierige Phase im Betrieb ohne Rückfall überstehen und konstruktiv bewältigen, nachdem er wieder regelmässig Mountainbike und Ski fährt, mit seiner Frau ein Opern-Jahresabonnement hat (und es auch nutzt!), Alkohol moderat konsumiert und auf eine ausgewogene Ernährung (mit entsprechender Beratung) achtet. Wendet regelmässig Entspannungsübungen an (auch im Büro).

**realer Fall, Name und Bild fiktiv*

THERAPEUTISCHE MÖGLICHKEITEN BEI BURNOUT UND ERSCHÖPFUNGSDEPRESSION

Es überrascht, wenn man von gewissen Leuten hört, dass ein Burnout-Betroffener automatisch für immer geschädigt sei, womöglich gar Invalide und nie wieder leistungs- bzw. arbeitsfähig sein wird. Diese Einschätzung trifft in den allermeisten Fällen nicht zu, weil wir mit dem bestehenden Wissen über Burnout-Prozesse und Burnout-Zustände sehr viel helfen können: sowohl therapeutisch als auch in der Vorbeugung eines zweiten Burnouts. Gleichzeitig soll aber nicht in Abrede gestellt werden, dass es Situationen und Komorbiditäten, also gleichzeitig bestehende Erkrankungen gibt, bei denen Menschen, die in einen Burnout geraten sind, tatsächlich nicht mehr, oder nur teilweise, ins Arbeitsleben reintegriert werden können.

Bei der Therapie und Rehabilitation eines Menschen mit einem Burnout und einer Erschöpfungsdepression bedarf es des Engagements des Betroffenen selbst, aber auch gleiche Anstrengungen seitens seines persönlichen Umfelds und des Arbeitgebers. Oft kann erkannt werden, dass Anpassungen am Arbeitsplatz notwendig sind, um eine Reintegration des Betroffenen bestmöglich zu bewerkstelligen. Oder aber auch die Notwendigkeit eines Arbeitsplatzwechsels: Was gibt es Schlimmeres für Betrieb und Betroffenen als die Tatsache, dass die falsche Person den falschen Arbeitsplatz einnimmt? Oder aber auch das Phänomen des sogenannten **«Präsentismus»: Arbeitnehmer, die zwar am Arbeitsplatz sind, aber ihre Leistung – krankheitsbedingt – nicht bringen.** Ein unterschätztes Phänomen, dass die Unternehmen viel Geld kostet. Auf Seiten des Betroffenen ist dieses Verhalten häufig aus Angst vor Arbeitsplatzverlust motiviert.

Bei der Rehabilitation und Reintegration ist mit Vorsicht, guten Absprachen und viel Verständnis vorzugehen. Aus persönlicher Erfahrung empfehle ich den Trialog zwischen Arzt/Therapeut, Patient und Arbeitgeber bzw. Vorgesetzten. Dies selbstverständlich unter Berücksichtigung der Schweigepflicht. Es zeigt sich, dass ein gewisser Austausch von Informationen zum Krankheitsbild extrem hilfreich ist und dazu dienen kann, Gerüchte oder «Fantasien» bei Vorgesetzten und Kollegen zu minimieren. So kann Druck abgebaut werden, was einen wesent-

lichen Beitrag für eine gute Wiedereingliederung leistet. Gerade in der Anfangsphase der Reintegration am Arbeitsplatz sind häufig noch sogenannte Residualsymptome, also **Restsymptome im kognitiven Bereich,** vorhanden. Viele Betroffene berichten bei gebesserter Stimmung und Antriebslage von weiterhin spürbaren Auffassungs- und Konzentrationsstörungen. Dem gilt es mit verschiedenen Massnahmen Rechnung zu tragen: Neben guten Absprachen am Arbeitsplatz mit den dortigen Verantwortlichen und einer stufenweisen Steigerung der Arbeitsbelastung – sowohl qualitativ, als auch quantitativ – kann gerade bzgl. der kognitiven Einschränkungen die medikamentöse Ebene eine sehr wichtige Rolle spielen.

In Anlehnung an die vier Säulen der Gesunderhaltung sind hier die **«vier Säulen der Therapie von Burnout-Betroffenen»** formuliert:

1. Bewegung: aktiv sein

2. Entspannung: achtsam sein

3. Selbsterkenntnis: bewusst sein

4. Medikamente: unterstützt sein

Bewegung: aktiv sein

Es ist schon lange kein Geheimnis mehr: **Bewegung ist das beste Antidepressivum!** In der Gesamtbehandlung eines depressiven Syndroms spielt die Aktivierung durch Bewegung eine entscheidende Rolle. Verschiedene Untersuchungen, auch in jüngster Zeit, beweisen immer wieder den positiven Einfluss von Bewegung moderater Art, möglichst in der freien Natur, zur Lüftung von depressiven Zuständen Kvam, 2016; Coon, 2010). Dies verwundert nicht, denn **der Mensch ist mit seiner aktuellen genetischen Konstitution für das Leben in der**

Natur «konzipiert». Dort musste er durch Jagen und Sammeln die Grundlage für seinen Selbsterhalt erbringen.

Gleichsam erschreckt müssen wir feststellen, dass so viele von uns ihren Broterwerb in sitzender Haltung über Stunden, wenn nicht sogar den grössten Teil des Tages, gewissermassen «eingesperrt» verbringen.

Darum: Moderate Bewegung, wohlverstanden nicht als leistungsorientierter Sport, sondern als massvolles und achtsames Instrument zu unserer Gesunderhaltung, spielt selbstverständlich auch in der Therapie eine grosse Rolle. In den verschiedenen Institutionen, in denen Menschen mit Burnout-Erkrankungen behandelt werden, haben sich Ausdauersportarten wie Nordic Walking, Velo fahren, Wandern, Joggen, Aquafit, Tanzen, Fitnesstraining und vieles mehr etabliert. Zudem wird moderates Krafttraining als regelmässige Betätigung empfohlen und angewendet, um die Betroffenen wieder zu einem positiven und befriedigenden Selbstwertgefühl zu verhelfen.

Entspannung: achtsam sein

Idealerweise findet die oben genannte Aktivierung und Bewegung **in einem vernünftigen Ausgleich mit Entspannung** statt. Wie der Ozean ans Festland brandet und sich nach jedem Wellenschlag auch wieder zurückzieht, so scheint sich, zwischen Systole und Diastole, zwischen Anspannung und Entspannung, der Raum zu öffnen, der uns dauerhaft gesund und leistungsfähig erhält. Darum gehört die **gezielte Entspannung, der achtsame Umgang mit sich selbst und den Dingen um uns herum, als zentraler Bestandteil in ein umfassendes Therapiekonzept.** Die bereits weiter oben genannte Studie von Kabat-Zinn ist der Beleg dafür, dass neben sportlicher Aktivierung eben auch die regelmässige Meditation respektive Achtsamkeitsübung eine wichtige Rückfallprophylaxe bei depressiven und psychovegetativen Syndromen darstellt.

Die medizinische Hypnose, autogenes Training oder auch Techniken aus komplementären Bereichen wie der Traditionellen Chinesischen Medizin (Akkupunktur, Qi Gong) können hier wertvolle Aspekte liefern, die man in seinen Alltag integrieren kann.

Ein kurzes Entspannungsritual am Arbeitsplatz, z. B. die bewusste Anwendung der Technik der Progressiven Muskelrelaxation nach Jacobson (PMR) oder die Imagination eines erlernten «Safe Place» (sicherer Ort), kann den Rückfall verhindern und in der Behandlung des Burnouts die Rückkehr in einen ausgeglichenen und leistungsfähigen Zustand optimal unterstützen.

Selbsterkenntnis: bewusst sein

Die bereits genannte Achtsamkeit, also das bewusste Wahrnehmen der Dinge um uns herum über unsere Sinne, ohne primär bereits zu bewerten, **steht in einem engen Zusammenhang mit unserer Selbstwahrnehmung.** Darum sollte bei einem Burnout-Erkrankten als zentrales Element der Behandlung auch immer eine fachkompetente psychotherapeutische Therapie erfolgen. Im weiteren Verlauf, während oder nach der Rehabilitation am Arbeitsplatz, sollte die Therapie unbedingt fortgesetzt werden. Hierbei gilt es, **auf Verhaltensebene neue Strategien anzuwenden und umzusetzen.** Diese Strategien müssen aus Bedingungsanalysen bezüglich dysfunktionalem, also potentiell selbstschädigendem Verhalten erarbeitet werden.

Im Sinne eines Ausprobierens von neuen Herangehensweisen soll ein bewusster Lernprozess erfolgen, der sich an den individuellen Bedürfnissen des Betroffenen orientiert. Verhaltenstherapeutische Ansätze wie der Selbstmanagementansatz nach Kanfer et al. (2000) können hier im Sinne einer Kurzpsychotherapie durchaus rasch zu ganz erfreulichen Resultaten beitragen und eine positive Wendung und Heilung ermöglichen.

Im psychotherapeutischen Prozess geht es immer wieder um die Frage, was wir selbst verändern können und was wir andererseits auch akzeptieren müssen. Grundlage dabei ist, ob wir aus der Veränderung unseres Verhaltens eine Besserung für uns und unser Umfeld erzielen können. In dem Gesamtprozess kann es aber auch gezielt um ein berufliches Coaching gehen, wofür eventuell auch entsprechende Experten hinzugezogen werden sollten. Auf jeden Fall ist aber der Kontakt zwischen behandelndem Therapeut und Arbeitgeber respektive den Personalverantwortlichen des Arbeitgebers (HR), das Einverständnis des Betroffenen selbstverständlich vorausgesetzt, ein sehr hilfreiches und wichtiges Instrument, um Aspekte des Arbeitsumfeldes zu thematisieren und mit Unterstützung der Vorgesetzten eine konstruktive Lösung zu erarbeiten.

In diesem Sinne sind auch **Systemgespräche** zu diskutieren. Das heisst, der **Einbezug von Familienangehörigen oder Vorgesetzten und Mitarbeitern** in therapeutische Gespräche, um den Betroffenen in der Reintegration im Alltag so gut wie möglich zu stärken und durch eine sorgsame und der Situation angepasste Kommunikation den therapeutischen Prozess bestmöglich zu unterstützen.

Neben den systemischen Aspekten der Therapie, dem Fokus auf verhaltenstherapeutische Massnahmen und dem Erlernen von Entspannungstechniken wird nach meiner Erfahrung im psychotherapeutischen Prozess auch immer auf sehr existentielle Aspekte des Lebens, des Seins, eingegangen. Erschüttert durch die Krise kommen die Betroffenen an Gefühle und Gedanken heran, die es aufzufangen, anzuschauen und weiterzuentwickeln gilt. Und viele kommen dabei zu der **Erkenntnis, dass die Krise tatsächlich eine Chance für sie war.** Eine Besinnung, die positive Veränderung für die individuelle Zukunft möglich macht.

Medikamente: unterstützt sein

Medikamente können in der Akutphase der Depression, in der es auch um akute Suizidalität beim Betroffenen gehen kann, eine durchaus lebensrettende Rolle spielen. Wie bereits oben genannt, können sie **aber auch beim Reintegrationsprozess am Arbeitsplatz von grosser Bedeutung** sein, und müssen nach der stimmungsaufhellenden und antriebssteigernden Wirkung auch in Bezug auf ihre Unterstützung der kognitiven Leistungsfähigkeit des Betroffenen bewertet und allfällig auch angepasst werden. Hier sollte unbedingt der fachkundige Rat eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie herangezogen und auf die Kernsymptome geachtet werden. Dies gerade auch in Hinblick auf die **Zielsetzung, einen Rückfall bestmöglich zu verhindern.** Die Gefahr für einen neuerlichen Burnout respektive eine Erschöpfungsdepression ist, wie bei anderen depressiven Störungen auch, gerade nach einer entsprechenden Episode besonders hoch. Das heisst, dass das erste halbe Jahr, respektive bei einer wiederholten Erschöpfungsdepression sogar das erste ganze Jahr, unter besonderer Beobachtung und Begleitung stehen sollte.

Neben Benzodiazepinen, also Schlaf- und Beruhigungsmitteln, die in einer Akutphase zur Beruhigung schlimmster Unruhezustände und Verzweiflung beitragen können, sind insbesondere **Antidepressiva, die in der Behandlung von schwerwiegenden Burnout-Zuständen und kognitiven Einschränkungen und bei Erschöpfungsdepressionen eingesetzt werden,** von grosser Bedeutung. Die gut verträglichen modernen Antidepressiva sind hierbei sicherlich Medikamente der ersten Wahl und spielen im klinischen Alltag eine grosse Rolle. Sie können den Impuls und die Stabilität geben, dass der Betroffene überhaupt erst wieder die Kraft und Motivation hat, den oben gezeichneten Weg mit Bewegung, Entspannung und psychotherapeutischer Auseinandersetzung zu gehen. Es gibt inzwischen ein Antidepressivum, das gerade im Hinblick auf die kognitive Leistungsfähigkeit einen besonders günstigen Einfluss haben dürfte. Dies sowohl aufgrund seines sehr guten Nebenwirkungsprofils, als auch aufgrund seines multimodalen Wirkme-

chanismus. Eine einseitige Beachtung von Stimmung und Antrieb könnte schwerwiegende Folgen im Sinne eines raschen Rückfalls zur Folge haben – beeinflussen doch unsere kognitiven Möglichkeiten oder Defizite unser Stimmungsbild und unser Handeln immer ganz direkt. Für eine gute Reintegration am Arbeitsplatz bedarf es in unserer Dienstleistungsgesellschaft neben einer guten Stimmungs- und Antriebslage eben auch eines guten kognitiven Funktionierens (Konzentration, Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Umstellfähigkeit).

Die Medikamente sind im Sinne einer Krücke bei einem Patienten mit gebrochenem Bein zu verstehen: Nachdem das Bein operativ versorgt und stabilisiert wurde, setzt der Selbstheilungsprozess des Knochens ein und die Muskulatur baut sich wieder auf. Um sich an die sich steigernde Belastung zu gewöhnen und allmählich zu heilen, muss das Bein noch eine Zeit lang entlastet werden. Dafür benutzen wir dann eine Krücke für den Zeitraum, in dem das Bein noch nicht voll zu belasten ist. Entsprechend empfiehlt sich bei Burnout-Zuständen mit einer manifesten Depression die Behandlung mit einem Antidepressivum. Die Regeln der Anwendung richten sich nach den gängigen Empfehlungen zur Behandlung von depressiven Störungen.

DIE VIER SÄULEN DER THERAPIE VON BURNOUT-

BEWEGUNG

AKTIV SEIN

ENTSPANNUNG

ACHTSAM SEIN

BETROFFENEN

SELBSTERKENNTNIS

BEWUSST SEIN

MEDIKAMENTE

UNTERSTÜTZT SEIN

von Joachim Leupold

Remo*

Akut suizidaler, schwer depressiver Bankkaufmann, 45 Jahre alt, vier schulpflichtige Kinder, verheiratet.

Seit drei Jahren zunehmend erschöpft, pessimistisch und unmotiviert, obwohl ihm seine Arbeit eigentlich immer Freude bereitete. Aufgrund seines Missmutes häufig gereizt, deshalb bereits Eheprobleme. Intensive ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung inklusive Medikation (Antidepressivum und Benzodiazepin in Akutphase mit suizidalen Tendenzen), zwei Sitzungen pro Woche. 100% Arbeitsunfähigkeit über drei Monate. Persönliche Kommunikation betreffend Problematik mit Vorgesetzten (Entbindung von ärztlicher Schweigepflicht durch Betroffenen war erfolgt). Bei allmählicher Besserung Aktivierung durch moderaten Sport (anfangs medizinische Trainingstherapie, im Weiteren Outdoor), Erlernen von Entspannungsübungen, Integration in den Alltag. Paargespräche mit Instruktionen zur Kommunikationskultur zwischen Eheleuten. Allmählicher Wiedereinstieg am Arbeitsplatz, beginnend mit 50%, halbtageweise steigernd (10%) über ein halbes Jahr. Inzwischen wieder voll integriert am Arbeitsplatz. Zuversichtlich. Besser abgegrenzt, besseres Zeitmanagement. Beachtet Grundpfeiler der Gesunderhaltung.

**realer Fall, Name und Bild fiktiv*

LITERATUR

Berger M, et al. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Thema Burnout. Berlin. 2012. **www.dgppn.de**

Bishop SR. What do we really know about mindfulness-based stress reduction? Psychosom Med 2002;64:71–84.

Burisch M. Das Burnout-Syndrom. Berlin und Heidelberg. Springer Verlag 2013.

Coon T, et al. Does participating in physical activity in outdoor natural environments have a greater effect on physical and mental wellbeing than physical activity indoors? A systematic review. Environ Sci Technol 2011 Mar 1;45(5):1761–1772.

Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle. 1991.

Elliott R. Executive functions and their disorders. Br Med Bull 2003; 65:49–59.

Freudenberger HJ. Staff Burnout. Journal of social issus 1974;30: 159–165.

Hammar A, Ardal G. Cognitive functioning in major depression – a summary. Front Hum Neurosci 2009;3:26.

Hochstrasser B, et al. Therapieempfehlungen des Schweizerischen Expertennetzwerks für Burnout (SEB); Swiss Medical Forum 2016; 16(25):538–541 / 16(26-27):561–566.

Iverson GL, Lam RW. Rapid screening for perceived cognitive impairment in major depressive disorder. Ann Clin Psychiatry 2013;25:135–140.

Kabat-Zinn J, et al. The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. J Behav Med. 1985;8:163–189.

Karasek RA, et al. Job Characteristics in Relation to the Prevalence of Myocardial Infarction in the US Health Examination Survey (HES) and the Health and Nutrition Examination Survey (HANES). Am J Public Health 1988;78:910–918.

Keller J, et al. Trait anhedonia is associated with reduced reactivity and connectivity of mesolimbic and paralimbic reward pathways. J Psychiatr Res 2013;47(10):1319–1328.

Lam RW, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Introduction and Methods. Can J Psychiatry 2016;61(9):506–509.

Lee RT, Ashfort BE. A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. J Appl Psychol 1996;81:123–133.

Kanfer FH, et al. Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Berlin, Heidelberg, New York. Springer Verlag. 2000; 3. Auflage.

Kroczak D, Kister C, Huber B. Differentialdiagnostik des Burnout-Syndroms. Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland (Bd. 105). Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Köln, 2010.

Kvam S, et al. Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis. J Affect Disord 2016;202:67–86.

Maslach C. Burnout. The cost of caring. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. 1982.

Miller TQ, et al. A meta-analytic review of research on hostility and physical health. Psychol Bull 1996;322–348.

Peseschkian N. Das Geheimnis des Samenkorns. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag GmbH, 1999 mit freundlicher Genehmigung des Springer Verlages Berlin, Heidelberg, New York, 1996.

Pierce CM, Molloy GN. Psychological and biographical differences between secondary school teachers experiencing high and low levels of burnout. Br J Educ Psychol 1990;60:37–51.

Schaufeli W, Enzmann D. The Burnout Companion to Study and Practice. A critical analysis. London, Philadelphia. Taylor and Francis. 1998;1 ed.

Schulze B. Burnout heute. Quo vadis? – Risiken, Auswirkungen, Prävention. In: Burnout und Berufsleben, Ärzteschaft im Diskurs mit Human Ressource Management, Swiss Burnout 2005.

Snaith P. Anhedonia: a neglected symptom of psychopathology. Psychol Med 1993;23:957–966.

Swiss Expert Network on Burnout (SNB). Hochstrasser B, Schulze B, et al.: 2014 **www.burnoutexperts.ch**

SELBSTHILFE

Swiss Experts Network on Burnout (SNB):
www.burnoutexperts.ch

Schweizerische Gesellschaft für Angst und Depression (SGAD):
www.sgad.ch

Equilibrium – Verein zur Bewältigung von Depressionen:
www.depressionen.ch

Swiss Burnout:
www.swiss-burnout.ch

Selbsthilfe Schweiz:
www.selbsthilfeschweiz.ch

CH-BRIN-0574 sto.ch

Lundbeck (Schweiz) AG, 8152 Glattbrugg, www.lundbeck.ch