



«*Texte*»

zur *Schicksalspsychologie*

2/2012

(eine Sonderpublikation des „www.psychologieforum.ch“)

In «Texte» veröffentlichen wir Artikel, Rezensionen und Kommentare zu psychologischen Themen mit Schwerpunkt Schicksalsanalyse und Psychotherapie. «Texte» ist ein Diskussionsforum für Theorie und Praxis der Schicksalsanalyse und verwandte Gebiete. Es ist ein neues Angebot des www.psychologieforum.ch.

Inhalt

- Bipolare Störungen: Standards in Diagnostik und Therapie
Nicole Siller
- **Burnout oder Depression?**
Die Unterschiede in Symptomatik und Therapie
DSP Richard. L. Fellner, Psychotherapeut, Coach und Supervisor in Wien
(nachfolgend)
- Epigenetik – Die Schnittstelle von Umwelteinfluss und genetischer Disposition
Zusammenstellt von Alois Altenweger
- Die „Schattentat“
Sie geschieht als unkontrollierbarer Impuls aus dem abgespaltenen Teil der Persönlichkeit
Ines Grämiger
- Psychotherapeuten wehren sich gegen Spardruck der Krankenkassen
Jean-Martin Büttner, Zürich
- Publikationen: «psychoscope» 5/2012
- Das Szondi-Institut sucht eine Psychiaterin/einen Psychiater FMH
Inserat Ambulatorium

12.6.2012

Burnout oder Depression?

Die Unterschiede in Symptomatik und Therapie

[DSP Richard L. Fellner](#), Psychotherapeut, Coach und Supervisor in Wien.

“Burnout” ist eines der diagnostischen Modeworte der letzten Jahre, und von daher nicht ganz überraschend stiegen die Zahlen der entsprechend diagnostizierten Patienten exorbitant an - deutlich stärker, als Faktoren wie “schwierige Wirtschaftslage” oder “gestiegener Druck am Arbeitsplatz” dies erwarten lassen würden. Dies läßt die Vermutung zu, dass es sich häufig um Verlegenheitsdiagnosen handelt, welche dann gegeben werden, wenn die vorliegenden Symptome von Patienten nicht eindeutig einem physiologischen Krankheitsbild zuzuordnen sind oder eine “problematischer” klingende Diagnose – und das ist z.B. “Depression” für die meisten immer noch – vermieden werden soll.

Doch worum handelt es sich tatsächlich bei diesem Diagnose-Begriff “Burnout” und was beschreibt er genau? Wie kann man feststellen, ob man selbst an “Burnout” leidet?

Während der letzten Jahre wurde von Psychologen, Ärzten und Therapeuten für die Diagnostik, Präventions- und Therapieansätze des “Burnout-Syndroms” eine ganze Fülle an Publikationen herausgebracht. Im Wesentlichen wird das Burnout-Syndrom dabei als *Resultat einer chronischen Arbeits- oder interpersonellen Stressbelastung* beschrieben, die sich in den drei Dimensionen *emotionale Erschöpfung*, *Depersonalisierung / Zynismus* und *subjektiv empfundene reduzierte Leistungsfähigkeit* äussert (Maslach, C., 1976):

- *Emotionale Erschöpfung* wird als der wesentlichste Aspekt des Syndroms betrachtet und zeigt sich als emotionale und körperliche Kraftlosigkeit.
- *Depersonalisierung/Zynismus* beschreibt eine gefühllose, abgestumpfte Reaktion auf Klienten wie z.B. Schüler, Patienten, Kunden oder Mitarbeiter. Dieses Verhalten wird als Versuch interpretiert, Distanz zu schaffen.
- *Verminderte subjektive Leistungsbewertung* beschreibt Gefühle des Versagens und Ungnügens, den zunehmenden Verlust des Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten.

Der in der Psychologie verwendete und dort noch etwas genauer spezifizierte Begriff, der den *prozesshaften Verlauf* des Burnout-Zustandes (im Unterschied zum Burnout-Syndrom) beschreibt, wird auf den in Frankfurt geborenen US-Psychologen Herbert Freudenberger zurückgeführt, der diesen im Jahre 1974 auf der Basis persönlicher Überlastungs-Erfahrungen in seinem Buch “Staff Burnout” geprägt (und selbst vermutlich einer Novelle von Graham Greene entliehen) hat. Gemeinsam mit seiner Kollegin Gail North definierte er 12 sogenannte “Burnout-Phasen”, die im Gesundheitswesen bis heute häufig zum Zweck der Diagnose herangezogen werden. Die Symptome müssen allerdings weder in der beschriebenen Reihenfolge auftreten noch alle vorhanden sein, damit man laut Freudenberger / North von “Burnout” sprechen kann.

Die 12 Burnout-Phasen

- Drang, sich selbst und anderen etwas beweisen zu wollen
- Extremes Leistungsstreben, um besonders hohe Erwartungen zu erfüllen
- Überarbeitung mit Vernachlässigung anderer persönlicher Bedürfnisse und sozialer Kontakte

- Überspielen oder Übergehen der inneren Probleme und Konflikte
- Zweifel am eigenen Wertesystem und ehemals wichtigen Dingen wie Hobbys und Freunden
- Verleugnung entstehender Probleme, zunehmende Intoleranz und Geringschätzung Anderer
- Rückzug und Vermeidung sozialer Kontakte auf ein Minimum
- Offensichtliche Verhaltensänderungen, fortschreitendes Gefühl der Wertlosigkeit, zunehmende Ängstlichkeit
- Depersonalisierung durch Kontaktverlust zu sich selbst und zu anderen, das Leben verläuft zunehmend „mechanistisch“
- Innere Leere und verzweifelte Versuche, diese Gefühle durch Überreaktionen zu überspielen (Sexualität, Essgewohnheiten, Alkohol und Drogen)
- Depression mit Symptomen wie Gleichgültigkeit, Hoffnungslosigkeit, Erschöpfung und Perspektivlosigkeit
- Erste Selbstmordgedanken als Ausweg aus dieser Situation; akute Gefahr eines mentalen und physischen Zusammenbruchs.

Zu diesen psychischen Anzeichen kommen meist nach einiger Zeit des Leidens auch noch körperliche. Abgesehen von der reduzierten Performance und Effektivität im Beruf wird bei “Burnout”-PatientInnen meist auch eine erhöhte Ausschüttung von Stresshormonen festgestellt. Die Betroffenen werden dadurch deutlich anfälliger für Erkrankungen des Herz-/Kreislaufsystems und zahlreiche andere psychosomatische und rein somatische (sind es diese dann noch?) Erkrankungen, aber auch Depression.

Und hier liegt das Schlüsselwort, denn “Burnout” ist tatsächlich (zumindest derzeit) gar kein wissenschaftlich anerkannter Diagnosebegriff, weder im Klassifikationsschema ICD-10, noch im aktuell gültigen und vor allem im angloamerikanischen Raum häufig eingesetzten DSM-IV. Und es sieht auch nicht danach aus, dass sich das in den derzeit in Begutachtung befindlichen nächsten Versionen dieser Manuals, dem ICD-11 und DSM-V ändern würde. Wie also lässt sich “Burnout” medizinisch korrekt definieren und wie ist es von anderen Störungsbildern abzugrenzen?

- **Emotionale Erschöpfung:** es gibt starke Parallelen zwischen dem Auftreten beider Störungsbilder, auch kann emotionale Erschöpfung unbehandelt in Burnout münden.
- Auch zwischen **Schlafstörungen** und Burnout bestehen Zusammenhänge und Wechselwirkungen: der Schlaf wird von vielen Burnout-Patienten als mangelhaft und nicht erholsam beschrieben, tagsüber besteht häufig Schläfrigkeit und mentaler Energiemangel. Umgekehrt können Schlafprobleme einen Risikofaktor für späteres Burnout darstellen.
- **Stress und Psychosomatik:** akuter Stress kann kardiale Störungen, Herzinfarkte und Diabetes Typ-2 auslösen. Chronisch höhere Spannungen in der Arbeit wiederum führen zu erhöhter Kortisol-Ausschüttung, die ihrerseits die Bildung des metabolischen Syndroms mit Hyperlipidämie und arterieller Hypertonie begünstigt. Die häufig stressbedingten gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen, etwa erhöhter Nikotin- oder Alkoholkonsum und schlechte Planung körperlicher und psychischer Erholung, dürften nach einiger Zeit auch ohne körperliche Stressreaktionen massivste Auswirkungen zur Folge haben. Bemerkenswerterweise scheinen Frauen vor allem auf muskuloskelettaler und Stoffwechselebene zu reagieren, Männer dagegen nahezu ausschließlich auf kardiovaskulärer Ebene.
- **Depression:** Die häufigsten Fehldiagnosen finden vermutlich im vielen Ärzten und Therapeuten nur vage bekannten Graubereich zwischen Depression und “Burnout”

statt. Ahola und Hakonen (2007) schlussfolgern auf Basis ihrer Untersuchungen, dass Burnout und Depressionen nicht gleichzusetzen sind, dass aber chronische Stressbelastungen über Burnout-Zustände in Depressionen münden können. So steigt bei zunehmendem Schweregrad von Burnout die Wahrscheinlichkeit, an einer Depression zu erkranken, auf bis zu 50% an (Ahola, Honkonen et al., 2005). Iacovides et al. (2003) betrachten Burnout und Depression jedoch als zwei separate Phänomene und Krankheitskonzepte, die aber gemeinsame Charakteristika aufweisen. Auch ihnen zufolge mündet unbehandeltes Burnout in seiner schwersten Stufe letztlich häufig in Verzweiflung und Depression.

Zum Vergleich mit den oben beschriebenen Spezifika von "Burnout" hier die Merkmale einer [depressiven Episode](#) gemäß [ICD-10](#):

“Bei den typischen leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren (F32.2 und F32.3) Episoden, leidet der betroffene Patient unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von sogenannten "somatischen" Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen.”

Es ist also davon auszugehen, dass ein beträchtlicher Teil der Menschen, die wegen „Burnout“ eine längere Auszeit nehmen, de facto an einer depressiven Erkrankung leiden (wobei diese durchaus auch mit beruflichen Problemen in Zusammenhang stehen kann) – nämlich dann, wenn alle für die Diagnose einer Depression nötigen Krankheitszeichen vorliegen. Zur Depression gehört immer auch das Gefühl tiefer Erschöpftheit, welches so manchen Arzt, Coach oder Therapeuten zur vorschnellen Diagnose "Burnout" verleiten dürfte, da dieser Zustand Selbstüberforderung oder Überforderung durch außen als Ursache suggeriert. Doch fatalerweise ist nur bei einer Minderheit der depressiv Erkrankten eine tatsächliche Überforderung der Auslöser der Erkrankung, was dann zu Fehlbehandlungen führen kann. Viele depressiv Erkrankte etwa fühlen sich in einer schweren depressiven Episode zu erschöpft, um ihrer Arbeit nachzugehen, ja um sich selbst zu versorgen; doch nach erfolgreicher Behandlung und Abklingen der Depression empfinden sie die zuvor als völlige Überforderung wahrgenommene berufliche Tätigkeit wieder als befriedigenden und sinnvollen Teil ihres Lebens. Das ist bei Burnout jedoch nicht so: hier wird als Teil der Behandlungsstrategie häufig empfohlen, langsamer zu treten, länger zu schlafen und Urlaub zu machen. Liegt jedoch tatsächlich eine depressive Erkrankung vor, wären dies zumeist keine empfehlenswerten oder sogar gefährliche Gegenmaßnahmen. Menschen mit depressiven Erkrankungen reagieren auf längeren Schlaf und eine längere Bettzeit nicht selten mit Zunahme der Erschöpftheit und weiterer Stimmungsverschlechterung. Auch sind Urlaube oder Krankschreibungen etwas, von dem vielen depressiv Erkrankten abgeraten wird, da man die Depression "mitnimmt" und der eigene Zustand mit Antriebsstörung, Grübeln und der Unfähigkeit, irgendeine Freude zu empfinden, allein daheim oder im Urlaub in fremder Umgebung als besonders bedrückend und schmerzlich erlebt wird. Nicht selten treten gerade in solchen Situationen dann erste Suizidgedanken auf.

Aus diesem Grund ist eine fachkundige Diagnose, idealerweise durch Ärzte, Psychologen oder Psychotherapeuten, die sowohl im Feld der Depressions- als auch der Burnout-Betreuung Erfahrung haben, dringend anzuraten. Nur eine korrekte Diagnose ermöglicht einen adäquaten Therapieansatz sowie ein möglichst rasches Greifen des therapeutischen Angebots!

Therapieansätze bei Burnout-Symptomatik

Aufgrund der Komplexität der möglichen Ursachen und Zusammenhänge, aber auch aus Gründen der häufig schwierigen Abgrenzung der Ätiologie und gegenüber anderen Störungsbildern steht am Beginn einer erfolgreichen Therapie eine sorgfältige medizinische und psychotherapeutische oder psychiatrische, sowie ggf. eine schlafmedizinische Diagnose. Die Therapie richtet sich dann naturgemäß nach den Erkenntnissen dieser Diagnosestellung.

Bei leichteren Beschwerden ohne Depression genügen mitunter geringe Interventionen wie die Ausarbeitung alternativer Strategien für das Arbeitsumfeld, Entspannungsverfahren und Stressbewältigungs-Techniken. Dies kann direkt am Arbeitsplatz (z.B. Arbeitspsychologie oder Coach) oder privat (Kurzzeit-Psychotherapie oder [Coaching](#)) geschehen.

Entspricht die Symptomatik jedoch einer depressiven Episode oder bestehen körperliche Symptome, die direkt oder indirekt mit einer Burnout-Symptomatik im Zusammenhang stehen, ist adäquate und regelmäßige Psychotherapie, nötigenfalls mit pharmakologischer Unterstützung, *bis zum völligen Abklingen der Symptome über einen Zeitraum zumindest mehrerer Wochen* indiziert. Ziel dieser Maßnahmen ist verbesserte Stressbewältigung (Coping) und Prävention ([Coaching](#)). Die Prognose ist i.d.R. gut; in Einzelfällen jedoch – etwa, wenn die Arbeitsstrukturen nicht adäquat verändert werden können und eine positive Arbeitsatmosphäre nicht erreichbar scheint – kann aber auch eine radikale berufliche Veränderung oder ein vorübergehender Berufsausstieg (Krankenstand, Sabbatical,..) erforderlich sein, um eine vollständige Regeneration bzw. Rehabilitation zu erreichen.