



Burnout: Was ist das?

Alle sprechen über »Burnout«. Jeder verbindet damit bestimmte Vorstellungen. Wissenschaftlich gesehen ist es hingegen ein schwer greifbares Phänomen.

Fragen zu Burnout und Depression

Die folgenden Fragen werden uns von Betroffenen im klinischen Alltag immer wieder gestellt. Weil die Antworten grundlegend sind, wollen wir damit beginnen.

Burnout, was ist das eigentlich? Kann Burnout jeden treffen oder haben bestimmte Menschen ein höheres Risiko? Brennen nur die rund um die Uhr aktiven Manager sowie Krankenschwestern und Lehrer, die sich für andere aufopfern, aus? Wann ist man wirklich krank? Denn erschöpft und überlastet fühlt sich fast jeder einmal. Oder ist es vielleicht gar kein Burnout, sondern eine Depression?

Sind Burnout und Depression das Gleiche?

Zunächst einmal: »Burnout« bzw. »ausgebrannt sein« wird als solches erlebt; es ist also primär ein subjektives Phänomen. Ein Mensch fühlt sich so, wie man sich beispielsweise, im Sinne einer Analogie, ein ausgebranntes Haus vorstellt: ausgebrannt, leer, leblos, lustlos, perspektivlos, hilflos. Depression hingegen ist eine psychische Erkrankung, die anhand definierter Kriterien von Ärzten und Psychotherapeuten diagnos-

tiziert und von anderen seelischen Erkrankungen unterschieden werden kann. Dabei werden drei Schweregrade unterschieden: leicht, mittelgradig und schwer. Wenn man sich ausgebrannt fühlt, dann fühlt man sich so; wobei neben dem betreffenden Grundgefühl eine Wertung vorgenommen wird. Man ist in ebendiesem Zustand, weil man davon ausgeht, zumal in der Arbeit, zu viel Energie investiert zu haben bzw. weil Arbeitsbedingungen als schlecht, überfordernd und/oder kränkend erlebt werden. Entscheidend sind dafür letztlich nur die eigenen Kriterien des Betroffenen. Die meisten Menschen, die sich ausgebrannt fühlen, erfüllen nicht die Kriterien einer Depression.

Burnout und Depression sind also nicht gleichzusetzen: Burnout ist die Sicht bzw. das Erleben von Betroffenen, Depression ist eine von Fachleuten wie Psychiatern oder Psychologen gestellte Diagnose, für die es allgemein anerkannte Kriterien gibt. Die Schnittmenge von Burnout und Depression ist groß. Noch größer ist jedoch die Gruppe von Menschen,

seelischem Leid. Jeder Mensch kann in seinem Leben Situationen ausgesetzt sein, die mit seinen Ressourcen nicht oder nur schwer zu bewältigen sind. Entsprechend haben nicht alle Menschen das gleiche Burnout-Risiko. Die Ursachen für Burnout-Erleben sind vielfältig und lassen sich am besten anhand eines »bio-psycho-sozialen Entstehungsmodells« beschreiben. Damit ist gemeint, dass sowohl körperliche (biologische), psychologische und soziale, das heißt die Lebenssituation betreffende Ursachen an der Entwicklung eines Burnout-Erlebens bzw. einer Depression beteiligt sind. Es ist selten nur eine einzige Ursache für die Entstehung verantwortlich, meist spielen unterschiedliche Faktoren zusammen.

die sich ausgebrannt fühlen und (zumindest gegenwärtig) klinisch gesund sind. Aber es gibt auch Menschen, die nach klinischen Kriterien unter einer Depression leiden und sich nicht ausgebrannt fühlen, beispielsweise weil sie ihren Zustand nicht auf (berufliche) Überlastung zurückführen.

Also: Depression und Burnout sind nicht das Gleiche! Burnout ist ein subjektives Erleben und, weil es sich letztlich weder anhand der – unspezifischen – Symptome noch anhand einer spezifischen Entstehung klar diagnostizieren lässt, keine anerkannte Krankheitsdiagnose. Eine Depression dagegen kann anhand bestimmter Kriterien festgestellt werden. Nur ein Teil der Menschen, die sich als ausgebrannt erleben, leidet an einer Depression.

Kann Burnout jeden treffen?

Grundsätzlich ja, schließlich ist niemand immun gegenüber Überforderungskonstellationen, anhaltender Erschöpfung und

Gibt es einen Burnout-Typus?

Gibt es Menschen, die mehr als andere dazu neigen, in beruflichen oder anderen Belastungskonstellationen »auszubrennen« bzw. sich entsprechend zu erleben? Entgegen der verbreiteten Ansicht sind es eher nicht die Menschen, die sich besonders für ihren Beruf engagieren sondern solche, die sich ihrer Aufgabe nicht gewachsen fühlen, diese in Ermangelung von Alternativen quasi notgedrungen ausüben und/oder sich von den Vorgesetzten und Kollegen nicht hinreichend in ihrer Tätigkeit anerkannt bzw. gekränkt fühlen. Menschen haben ansonsten meist recht stabile Muster, mit Belastungen umzugehen. Eine Kombination aus hohen Ansprüchen (an sich und/oder an andere), dem zwingenden Wunsch, von allen gemocht und anerkannt zu werden und Schwierigkeiten darin, unvermeidliche Konflikte auszutragen hat sich als eine besonders Burnout-trächtige Kombination persönlicher Eigenschaften erwiesen. Entsprechend haben Studien gezeigt, dass

auch Menschen mit einer eher geringen Identifikation mit dem Beruf und einer von vorneherein eher geringen Bereitschaft, sich zu verausgaben, stärker zum Burnout-Erleben neigen.

Welche beruflichen Stressfaktoren begünstigen Burnout-Erleben?

Oft ist es eine Kombination aus hohen beruflichen Anforderungen, einem geringen Handlungsspielraum (z. B. keine Möglichkeit, eigene Entscheidungen zu treffen), dem Erleben geringer Wertschätzung und sozialer Anerkennung und Unterstützung. Dass solche Konstellationen heute häufig geworden sind, ist letztlich ein Ergebnis des rasanten Wandels in Gesellschaft und Arbeitswelt. Für immer mehr Menschen wird die Arbeit zum zentralen, sinnstiftenden Lebensinhalt, schon deshalb, weil viele traditionelle Werte, von der Religion über Vereine bis zu den Familien, zunehmend als relativ wahrgenommen werden. Gleichzeitig sind langjährig stabile Beschäftigungen selten geworden. Die Anforderungen in der Arbeitswelt steigen immer weiter, niemand kann sich auf seinen Erfolgen und seinem Wissen ausruhen. Alles ist im Wandel. Entsprechend erleben viele Menschen auf mehreren Ebenen einen Verlust an Sicherheit. Wer nicht ständig aktiv bemüht ist, den Anschluss nicht zu verlieren und sich sozial wie finanziell abzusichern, für den steigt das Risiko des Scheiterns und des Abstiegs.

Was ist noch normal und wo fängt Krankheit an?

Auf diese Frage gibt es schon bei körperlichen Erkrankungen meist keine klare Antwort: So bezeichnen sich die einen schon

bei mehrmaligem Husten als krank, andere sehen sich dagegen noch mit Fieber als gesund an. Bei psychischen Krankheiten ist die Einteilung in »gesund« und »krank« noch viel schwieriger. Ein Gefühl der Erschöpfung ist keinem Menschen fremd. Wo die Grenze zwischen »normal« und »nicht normal« verläuft, hängt vom Schweregrad der Beeinträchtigung und den Folgen für den beruflichen und privaten Alltag ab. Ähnlich verhält es sich mit vielen anderen Symptomen. Ist es bereits eine Krankheit, wenn ich drei Nächte hintereinander nicht gut schlafen konnte? Oder wenn ich mich eine Woche lang niedergeschlagen fühle und mich schon kleinste alltägliche Aufgaben erschöpfen? Bezogen auf Durchschnittswerte in der Normalbevölkerung stellen beide Beispiele noch keine krankheitswertigen Symptome dar.

Die Dauer und der subjektive Leidensdruck spielen eine Rolle

Eine Depression wird, im Sinne der Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation, erst dann diagnostiziert, wenn die Symptome mindestens über einen Zeitraum von 14 Tagen zu der meisten Zeit des Tages vorliegen und mit einer subjektiven Beeinträchtigung verbunden sind. Bei Schlafstörungen sind es sogar vier Wochen! Daraus folgt also: Nur wenn die Symptome über einen längeren Zeitraum und kontinuierlich vorliegen und wenn man selbst unter den Symptomen leidet, ist es nicht mehr als gesund anzusehen. Entscheidend sind also immer auch der subjektive Leidensdruck und die Folgen, die daraus entstehen. Und damit ist es nur bedingt möglich, von außen eine eindeutige Entscheidung zu treffen, ob jemand krank ist oder nicht. Die Diagnosekriterien der Weltgesundheitsorganisation können angesichts dessen ihrerseits nur Annäherun-

gen an das komplexe Phänomen seelische Gesundheit bzw. Krankheit sein. Sie wurden in Konsens-Verfahren von Wissenschaftlern formuliert und sind abhängig von den jeweiligen sozialen und kulturellen Rahmenbedingungen. Parallel zu deren Wandel und neuen wissenschaftlichen Befunden werden diese sukzessive aktualisiert. Zumal in Grenzbereichen ist und bleibt die Frage, ab welchen und wie vielen Symptomen ein Zustand als »seelisch krank« zu bewerten ist, eine Definitionsfrage, die von Experten und Betroffenen nicht selten unterschiedlich beantwortet wird. Das erklärt, warum immerhin die Hälfte der – wenn man die Diagnosekriterien anwendet – Betroffenen trotz Beschwerden nie einen Arzt aufsuchen: Viele erleben sich de facto nicht als krank, andere haben Angst davor, mit ihren Beschwerden nicht ernst genommen zu werden oder keine Hoffnung, dass ihnen geholfen werden könnte. Auch Schamgefühle und der persönliche Stolz, von anderen keine Hilfe annehmen zu wollen, können eine Rolle spielen.

Wenn Sie nun sich selbst überwiegend als ausgebrannt oder erschöpft erleben und vor der Frage stehen, ob Sie krank oder noch gesund sind, so ist es immer zu empfehlen, einen Arzt, am besten einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, oder einen Psychotherapeuten aufzusuchen, um gemeinsam dieser Frage auf den Grund zu gehen.

Fassen wir zusammen: Bei psychischen Erkrankungen spielen bei der Einschätzung, ob jemand krank oder gesund ist, neben den vorherrschenden Symptomen die Dauer der Erkrankung, die Auswirkungen auf das berufliche und soziale Leben und der subjektive Leidensdruck eine große Rolle. Zur

Abklärung einer psychischen Erkrankung und des nötigen Behandlungsbedarfs sollte ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder ein Psychotherapeut aufgesucht werden.

Haben Depressionen zugenommen?

Depressionen zählen weltweit zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Immerhin 25% der Frauen und 12,3% der Männer leiden in ihrem Leben mindestens einmal an einer depressiven Episode. Viele erleben zwei oder mehr Episoden. Immer häufiger werden in den letzten Jahrzehnten Depressionen diagnostiziert und behandelt. Den Gesundheitsberichten der Krankenkassen zufolge wurde als Grund für eine Arbeitsunfähigkeit in den letzten Jahren immer häufiger eine depressive Erkrankung aufgeführt und auch die Anzahl an notwendigen Therapien weist einen enormen Anstieg auf.

Woran könnte dieser Anstieg liegen?

Zum einen sind die Hausärzte in Bezug auf psychische und psychosomatische Erkrankungen heute besser ausgebildet als früher und diagnostizieren daher häufiger Depressionen. Hausärzte sind meist die ersten Ansprechpartner, die bei Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen oder Erschöpfungsgefühlen aufgesucht werden. Daneben erkennen auch Betroffene selbst ihre Erkrankung heute oft früher als solche und suchen schneller Hilfe auf. Dazu trägt auch die abnehmende Stigmatisierung seelischer Erkrankungen im Allgemeinen positiv bei.

Epidemiologisch, wenn für die Gesamtbevölkerung repräsentative Gruppen ansonsten

zufällig ausgewählter Menschen untersucht werden, ließ sich die Vermutung, wonach die Zahl unter Depressionen leidender erwachsener Menschen – anders als bei Jugendlichen – in Deutschland in den vergangenen Jahrzehnten gestiegen sei, nicht bestätigen. Angesichts dessen liegt die Vermutung nahe, dass neben den oben genannten Aspekten die veränderten Lebensbedingungen, etwa zunehmender Druck in der Arbeitswelt, dazu geführt haben, dass Menschen, die früher trotz depressiver Symptome noch irgendwie über die Runden gekommen sind, sich nun krankschreiben lassen müssen.

Gesellschaftlicher Wandel

Was hat sich in unserer Gesellschaft in den letzten Jahrzehnten geändert: Es gibt eine Beschleunigung in vielen Lebensbereichen, der Leistungsdruck ist in der Schule und in vielen Berufen gestiegen, es gibt mehr Unsicherheiten auf dem Arbeitsmarkt. Mobilität wird für den Beruf gefordert und hat oft zur Folge, dass einerseits praktische Unterstützung durch Verwandte und gute Freunde wegen der Entfernung gar nicht möglich ist, andererseits weite Fahrten an Wochenenden nötig sind, um z. B. kranken oder gebrechlichen Eltern beizustehen. Gleichzeitig haben sich die familiären Strukturen verändert. Es gibt weniger Großfamilien, viel mehr kleine Familien, Patchwork-Familien und Alleinstehende, sodass auch in dieser Hinsicht für viele Menschen weniger Sicherheit vorhanden ist.

Zunahme kritischer Lebensereignisse

Kritische Lebensereignisse sind nachweislich einer der Hauptrisikofaktoren für die Entwicklung einer Depression. Als kritisch gelten Lebensereignisse dann, wenn sie

von den Betroffenen eine Anpassungsleistung verlangen. Sie gehen oft mit einer Veränderung der Lebenssituation einher. Häufige kritische Lebensereignisse sind Scheidungen, Trennungen, schwere körperliche Krankheiten, Todesfälle, Arbeitsplatzverlust und Umzüge, aber auch Hochzeiten und Geburten. Die Scheidungsrate sinkt zwar, liegt aber weiterhin viel höher als in früheren Jahrzehnten. Mehr als jede dritte Ehe wird geschieden. Bei etwa der Hälfte der geschiedenen Ehen sind minderjährige Kinder betroffen. Scheidungen erhöhen sowohl bei den betroffenen Paaren als auch bei deren Kindern das Risiko einer Depression deutlich. Zudem sind die Familien- und Freundschaftsbeziehungen oft instabil oder fehlen, sodass es auch hier an sozialer Unterstützung mangelt, was das Depressionsrisiko steigert. Auch die wirtschaftliche Lage hat einen Einfluss auf die Entstehung depressiver Erkrankungen: Der Verlust des Arbeitsplatzes oder die Sorgen darüber stellen einen hohen Risikofaktor dar.

Vermehrte Krankschreibungen und Frühberentungen

Fakt ist, dass die Krankschreibungen und Frühberentungen wegen psychischer Erkrankungen, insbesondere aufgrund von Depression, in den vergangenen Jahrzehnten massiv zugenommen haben.

Die Eingangsfrage, ob Depressionen zugenommen haben, mussten wir somit relativieren: Auch wenn es keine Belege dafür gibt, dass die Zahl depressiv-erkrankter unter den Erwachsenen zugenommen hat, ist die Relevanz der Problematik offenkundig gestiegen. Dafür werden zwei mögliche Erklärungen herangezogen: Zum einen werden depressive Erkrankungen

heute eher erkannt und Betroffene suchen schneller Hilfe auf. Zum anderen nimmt das Risiko für Überlastungs-, Frustrations- und Kränkungskonstellationen im sozialen und beruflichen Kontext zu, was dazu führt, dass unter Depressionen leidenden Menschen die Bewältigung ihres Alltags immer schwerer fällt und oft nicht mehr gelingt.

Sind Depressionen heilbar?

Depressionen können mit den heute bekannten Methoden und Verfahren wirksam behandelt werden und haben in den allermeisten Fällen eine gute Prognose. Gleichwohl lässt sich die Frage, ob Depressionen heilbar sind, bislang nur mit Einschränkungen bejahen. Das liegt zum einen daran, dass es in seltenen Fällen vorkommt, dass auch verschiedene Behandlungsversuche bei einem Patienten nicht im gewünschten Ausmaß zum Erfolg führen. Zum anderen haben depressive Erkrankungen eine hohe Rückfallgefahr. Sollten Sie an einer Depression leiden und der Arzt oder Psychotherapeut vermittelt Ihnen immer wieder Hoffnung, dass sich die Depression bessern wird, dann vertrauen Sie ihm!

Welche Verfahren sind am besten geprüft und bewährt?

Zur psychotherapeutischen Behandlung von Depressionen ist die kognitive Verhaltenstherapie (Seite 158) geeignet. Diese setzt einerseits am Verhalten und andererseits an den in der Depression typischerweise negativen Gedanken an. Auf der Verhaltensebene gilt in der Therapie besonders der Grundsatz: Aufbau positiver Aktivitäten! Depressive Menschen ziehen sich häufig zurück, haben nur noch selten Freude an verschiedenen

Freizeitaktivitäten und halten zudem immer weniger die Kontakte zu Freunden und Familie aufrecht, was in der Folge die niedergeschlagene Stimmung weiter senkt. Und je niedergeschlagener wir uns fühlen, desto weniger Lust haben wir, etwas zu unternehmen. Dieser Kreislauf ist de facto ein Teufelskreis, aus dem man nur schwer wieder herauskommt. Der Aufbau positiver Aktivitäten kann einen Ausstieg aus diesem Kreislauf ermöglichen. Dazu kann das gezielte und geplante Wiederaufnehmen von Hobbys und Bekanntschaften gehören, aber auch das Erledigen aufgeschobener Aufgaben. Durch die zusätzliche Beschäftigung mit depressionsfördernden automatischen Gedanken kann dieser Prozess unterstützt werden.

Ziel der therapeutischen Arbeit ist es, negative und irrationale Gedanken, die eine Depression aufrechterhalten, zu hinterfragen und im besten Fall zu verändern. Es geht dabei nicht um das »Schönreden« einer problematischen Situation, sondern um eine neue und realistische Sicht auf ein Problem.

Neben kognitiven und tiefenpsychologischen Verfahren, bei denen es – ausgehend von den Ideen von Sigmund Freud – darum geht, in der Biographie erlebte Defizite im Kontakt mit dem Therapeuten (»Übertragung und Gegenübertragung«) zu bewältigen und auf dieser Grundlage reifer mit den aktuellen Anforderungen umgehen zu können, ist auch die Interpersonelle Therapie eine wirksame Möglichkeit, Depressionen zu behandeln. Hier stehen vor allem die sozialen Beziehungen im Mittelpunkt der Therapie. Der Nachteil dieser Behandlungsmöglichkeit liegt darin, dass die Kosten der Therapie nicht von den Krankenkassen übernommen werden, da es sich nicht um ein in Deutschland anerkanntes Therapieverfahren handelt.

Wie hoch ist die Rückfallgefahr?

Viele Betroffene erleben nicht nur einmal im Leben eine depressive Episode, sondern zwei oder auch mehrere. Grund hierfür sind die vielen unterschiedlichen Risikofaktoren, die zu einer Depression führen bzw. das Auftreten einer depressiven Symptomatik begünstigen können. Entsprechend gilt es in einer Therapie, die individuellen Risikofaktoren so weit wie möglich zu reduzieren, um einem Rückfall vorzubeugen. In diesem Kontext kann es u. a. wichtig sein, Strategien zu erlernen, um mit schwierigen zukünftigen (Stress-)Situationen angemessen umgehen zu können. Auch neue Therapieverfahren, die Meditationstechniken wie Achtsamkeit mit einbeziehen, können diesbezüglich hilfreich sein und das Rückfallrisiko reduzieren. Wenn wiederholt Episoden einer Depression aufgetreten sind, kann zudem die langfristige Einnahme von Medikamenten die Rückfallgefahr senken.

Wir können festhalten: Depressionen lassen sich psychotherapeutisch, z. B. mit der kognitiven Verhaltenstherapie oder der interpersonellen Therapie, wirksam behandeln. Es besteht eine Rückfallgefahr, sodass die Therapie über einen längeren Zeitraum erfolgen sollte. Darüber hinaus können u. a. achtsamkeitsbasierte Therapieverfahren das Rückfallrisiko senken.

Hat Psychotherapie eine nachhaltige Wirkung?

Psychotherapie bei Depressionen hat erwiesenermaßen eine nachhaltigere Wirkung als Medikamente (Antidepressiva), auch wenn die ersten Erfolge erst nach einigen Wochen, manchmal auch erst nach Monaten auftreten. Das heißt: Psychotherapie braucht

länger als Medikamente, um zu wirken, hat aber dafür einen nachhaltigeren Effekt. Sie erfordert mehr Mühe und Anstrengung als die Einnahme von Medikamenten. Schließlich geht es darum, Verhaltensmuster, also beispielsweise die Art und Weise, wie man bisher mit Problemen umgegangen ist, zu verändern. Aber wenn derartige Veränderungen einmal erarbeitet und erreicht sind, dann können sie nach Beendigung einer Therapie leichter aufrechterhalten werden. Das Ziel ist somit, in der Therapie zu lernen, sich selbst zu helfen und mit Stimmungsschwankungen angemessen umzugehen. Damit dies erreicht werden kann, müssen in einer Therapie bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein.

Unter welchen Voraussetzungen wirkt Psychotherapie?

Als Erstes ist eine gute Beziehung zum Therapeuten wichtig, damit Psychotherapie nachhaltig und erfolgreich sein kann. Es geht darum, sich verstanden und angenommen zu fühlen. Nur dann kann man ausreichend Vertrauen fassen, um alle Gedanken und Anliegen frei zu äußern. Die Chemie zwischen dem Hilfesuchenden und dem Psychotherapeuten muss zumindest grundsätzlich stimmen! In der ambulanten Therapie haben Patient und Therapeut in den ersten fünf Sitzungen Zeit, sich gegenseitig kennenzulernen und zu sehen, ob sie gut miteinander arbeiten können.

Als Zweites müssen die zentralen, die Symptomatik aufrecht erhaltenden Probleme in der Therapie zur Sprache kommen, damit sie gelöst werden können. Immer wieder kommt es vor, dass in einer Therapie ausführlich über Themen gesprochen wird, die bereits geklärt oder nebensächlich sind.

Gemeinsam mit dem Therapeuten gilt es herauszuarbeiten, welche Themen tatsächlich vordringlich sind und sich zudem zielführend bearbeiten lassen. Oftmals leiden Betroffene sehr unter dem Verhalten von Vorgesetzten und Angehörigen. Dafür als Therapeut Verständnis aufzubringen, ist wichtig. Gleichzeitig muss es aber darum gehen, im Laufe der Therapie die Punkte herauszufinden, an denen der Betroffene etwas verändern kann. Das heißt, welche eigenen Erwartungen hat er, und welche Strategien, mit den Belastungen umzugehen, stehen ihm zu Verfügung?

Dabei liegt es nahe, die individuellen Stärken, die jeder Mensch hat, zu aktivieren, um die aktuellen Probleme möglichst gut zu bewältigen.

Eine weitere wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche und nachhaltige Psychotherapie ist es, gemeinsam mit dem Therapeuten ein besseres Verständnis des eigenen problematischen Verhaltens und Erlebens zu

bekommen. Damit gemeint sind neben den möglichen Auslösern und Ursachen einer Erkrankung auch die aufrechterhaltenden Faktoren und die möglichen Folgen. Manchmal führt eine Therapie zu einem inneren »Aha-Erlebnis«, das sich dann auf das weitere Leben und die Lebensführung positiv auswirken kann.

Behalten wir also Folgendes im Hinterkopf: Eine Psychotherapie kann vor allem dann nachhaltige Wirkung entfalten, wenn sie als Hilfe zur Selbsthilfe angelegt ist. Dazu ist eine vertrauensvolle Beziehung zum Therapeuten nötig. Je mehr man in der Therapie über sich selbst und seine Krankheit erfährt, desto besser. Es geht darum, Strategien zu erlernen, die man im Alltag anwenden kann. Bereitschaft mitzuarbeiten, Verantwortungsübernahme und Offenheit sind maßgeblich für den Therapieerfolg: Je mehr ein Patient sich öffnet und auf die Therapie einlässt, desto besser sind seine Chancen, von dieser Behandlung zu profitieren.