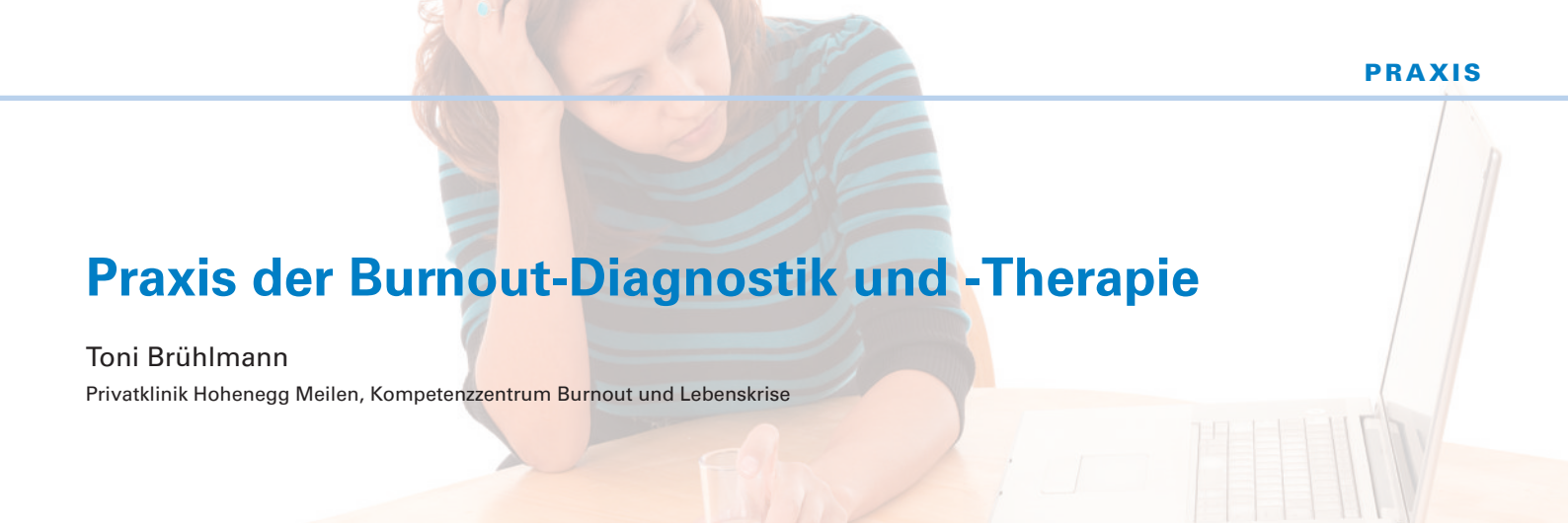

Praxis der Burnout-Diagnostik und -Therapie

Toni Brühlmann
Privatklinik Hohenegg Meilen, Kompetenzzentrum Burnout und Lebenskrise

Quintessenz

- Burnout ist ein Erschöpfungsprozess, der zu psychiatrischen und somatischen Folgekrankheiten führen kann.
- Der Burnout-Prozess entsteht aus der Kombination von zu grossen äusseren Belastungen (Stressoren) und zu hohen inneren Ansprüchen (Stressverstärkern).
- Der Burnout-Prozess entspricht einer Sinnkrise, deren Ursache in einem eingeengten Selbstverständnis und einer eindimensionalen Lebensform liegt.
- Die Burnout-Behandlung ist vielfältig und umfasst Beratung, Entspannungsmethoden, verschiedene Formen von Psychotherapien, Pharmakotherapie, Coaching und stationäre Behandlung. Die Erfolgsaussichten sind gut.

Trotz grosser Präsenz in öffentlichen und fachlichen Medien ist der Burnout-Begriff nach wie vor mit Unklarheiten behaftet, sowohl in diagnostischer als auch in therapeutischer Hinsicht. Dies hängt u.a. mit der unpräzisen Burnout-Forschung zusammen, die darunter leidet, dass eine einheitliche Theorie fehlt, die Abgrenzung zu klinischen Krankheiten unzureichend ist und die vorhandenen Messinstrumente zu wenig normiert und objektiviert sind. Hingegen mangelt es nicht an Literatur für Laien wie auch für Fachpersonen. Dies ist eine Folge der hohen gesellschaftlichen und therapeutischen Praxisrelevanz von Burnout.
Ziel der vorliegenden Arbeit ist, eine praxisrelevante Übersicht zum diagnostischen Vorgehen und zu den Therapieansätzen zu geben, in Abstimmung mit der Literatur und den persönlichen Erfahrungen des Autors. Grundsätzlich ist jede Psychotherapiemethode auch zur Behandlung von Burnout-Patienten geeignet. Wichtiger als die Methode sind die Person des Therapeuten und die Qualität der therapeutischen Beziehung. Dennoch haben sich gewisse Ansätze in der Literatur hervorgetan. Auf diese wird in erster Linie eingegangen.

Toni Brühlmann

Der Autor hat keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Diagnose Burnout

Der Therapie ist die Einschätzung vorangestellt, ob ein Burnout vorliegt oder nicht. Stellt man ein Burnout fest, diagnostiziert man damit keine Krankheit, sondern eine Fehlentwicklung, die zu psychiatrischen und somatischen Krankheiten führen kann. Burnout hat mehr den Stellenwert eines zeittypischen ätiopathogenetischen Prozesses und ist keine ICD-10-Diagnose. Im ICD-10 gehört Burnout zu den Z73-Faktoren, die gesundheitsbeeinflussende Schwierigkeiten in der Lebensbewältigung umschreiben. In einem kürzlich erschienenen Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) wird Burnout als Risikozustand mit der Gefahr von psychiatrischen oder somatischen Folgekrankheiten bezeichnet [1].
Korczak et al. führten eine detailliere Recherche zur Differentialdiagnostik des Burnout-Syndroms durch und hielten fest, «dass es bisher kein standardisiertes, allgemeines und international gültiges Vorgehen gibt, um eine Burnout-Diagnose zu stellen» [2]. Diese Aussage zieht auch die verfügbaren Fragebögen mit ein. Das weltweit am meisten verwendete Messinstrument ist das Maslach-Burnout-Inventionary (MBI), welches aber keinen diagnostischen Anspruch erhebt und differentialdiagnostisch nicht validiert ist.
Dennoch sollte man in der Praxis nur dann von Burnout sprechen, wenn gewisse Kriterien erfüllt sind (Tab. 1). Man benennt damit ein Syndrom mit einer bestimmten klinischen Ausprägung (Kriterium 1) und einer spezifischen Ursächlichkeit (Kriterien 2 und 3). Bei Burnout handelt es sich um einen progredienten Erschöpfungsprozess mit Leistungsabbau und zusätzlichen fakultativen Stresssymptomen. Die Erschöpfung kann alle Dimensionen umfassen: die körperliche (z.B. Gefühl der muskulären Kraftlosigkeit), die kognitiv-mnestische (z.B. Störungen in Konzentration und Merkfähigkeit), die emotionale (z.B. Verlust an Freude, pessimistische Stimmung), die motivationale (z.B. Verlust an Initiative, negative Einstellung gegenüber der Arbeit) und schliesslich die soziale (z.B. Rückzug, Auftreten von zynischen Entwertungen). Die Stresssymptome können alle Organbereiche betreffen: das Herz (z.B. Rhythmusstörungen), den Magen-Darm-Trakt (z.B. Verdauungsstörungen), den Bewegungsapparat (z.B. Lumbovertebralsyndrom) etc. In einer Anfangs- oder Vorphase eines Burnout-Prozesses können Anzeichen eines überhöhten Einsatzes feststellbar sein, z.B. Hyperaktivität oder Verleugnung eigener Bedürfnisse. Sind noch keine wesentlichen Erschöpfungszeichen dazugekommen, ist es zu früh, von einem Burnout-Prozess zu sprechen.
Der Burnout-Prozess entspringt einer Wechselwirkung zwischen Umweltfaktoren und individueller Vulnerabilität. Beide weisen eine zwar unscharfe, aber doch benennbare Spezifität auf, die bei der Diagnose Burnout nachweisbar sein sollte. Die Umweltfaktoren bzw. die «Schwierigkeiten in der Lebensbewältigung» (Z73) müssen einen Bezug zur aktuellen gesellschaftlichen Ent-

wicklung mit ihren übermässig gesteigerten Leistungs- und Erfolgserwartungen aufweisen. Sie zeigen sich konkret in den überhöhten objektiven Anforderungen, den Stressoren. Sie sind meistens arbeitsplatzbezogen, betreffen grundsätzlich aber jegliches Leistungsfeld, auch jenes der Hausarbeit. Die individuell prädisponierenden Faktoren stehen in Korrelation zum äusseren Leistungsdruck und sind im explorativen Gespräch als überhöhte Selbstansprüche nachweisbar, als innere Antreiber oder Stressverstärker, die aus dem objektiv gegebenen hohen Leistungsanspruch einen überfordernden inneren Druck machen. Überfordernde Stressverstärker erzeugen die burnouttypische Vulnerabilität. Wie weit sich daraus eine verminderte Stesstoleranz ergibt, hängt auch von protektiven Faktoren wie sozialer Vernetzung oder persönlicher Widerstandsfähigkeit ab.
Die wichtigste der psychiatrischen «Burnout-Folgekrankheiten» ist die Depression. Andere häufig vorkommende Erkrankungen sind Angststörungen oder Alkohol- resp. Medikamentenabusus. Die somatischen Burnout-Folgekrankheiten sind vielfältig, z.B. chronisches Schmerzsyndrom, Tinnitus, Hypertonie, Rhythmusstörungen, Diabetes Typ 2 oder chronische Infektionskrankheiten.

Tabelle 1
Praktische Kriterien zum Burnout-Syndrom.

1. Klinik: Progredienter Erschöpfungsprozess mit Leistungsabbau und fakultativen Stresssymptomen.
2. Umweltfaktor: Überfordernde Stressoren im Zusammenhang mit dem gesellschaftlichen Leistungs- und Erfolgsdruck.
3. Individualfaktor: Vulnerabilität aufgrund von antreibenden Stressverstärkern (überfordernde Selbstansprüche).

Tabelle 2
Differentialdiagnosen zum Burnout-Syndrom.

Ursachen	Krankheiten/Störungen
Somatisch	Anämien, Eisenmangel
	Hypothyreose, Diabetes, Nebenniereninsuffizienz
	Herzinsuffizienz, COPD
	Niereninsuffizienz
	Borreliose, HIV, Tuberkulose
	Malignome, Lymphome, Leukämien
	Entzündliche Systemerkrankungen
	Degenerative Erkrankungen des ZNS
	Obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom, Restless-Legs-Syndrom
	Medikamentennebenwirkungen
Psychosomatisch/ psychiatrisch	Chronic-Fatigue-Syndrom
	Dyssomnien
	Neurasthenie
	Somatisierungsstörungen
	Depressive Störungen
	Generalisierte Angsterkrankung
	Posttraumatische Belastungsstörung
	Essstörung
	Substanzmissbrauch (Alkohol, Tranquilizer)

Nach [2].

Es gilt, die Differentialdiagnosen von den Folgekrankheiten des Burnout-Syndroms zu unterscheiden (Tab. 2). Nicht jede Erschöpfung ist eine Burnout-Erschöpfung. Somatische Ursachen einer Erschöpfung wie Anämie, Hypothyreose, Borreliose etc. sind auszuschliessen. Desgleichen ist ein Erschöpfungssyndrom im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung oder beispielsweise einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht als Burnout-Prozess zu verstehen. Allerdings können diese Grundkrankheiten zu einem zusätzlichen Stressor werden – ergänzend zu den burnouttypischen Leistungs- und Erfolgsstressoren – und «das Fass zum Überlaufen bringen», das heisst, der Burnout-Prozess wird akzeleriert und symptomatisch.

Lebensberatung

Bei beginnendem Burnout-Prozess steht die praktische Beratung, wie Erholung und Entspannung möglich sind, an erster Stelle. Zu diesem psychoedukativen Ansatz gehört das Kennenlernen der persönlichen Erschöpfungs- und Stress-Warnsignale. Vorgängig gibt es oft Hinweise auf einen überhöhten Energieeinsatz wie freiwillige unbezahlte Mehrarbeit, Gefühl der Unentbehrlichkeit oder das Gefühl, nie Zeit zu haben. Die eigentlichen Warnsignale sind die individuellen Anfangszeichen aus der gesamten Palette an Erschöpfungs- und Stresssymptomen, wie sie auch im weitergehenden Burnout-Prozess auftreten [3]. Häufig klagen Patienten zu Beginn über Schlafstörungen, Nervosität, Schmerzen oder vegetative Körperbeschwerden.
Die Lebensberatung zielt auf eine Verbesserung der sogenannten Work-Life-Balance. Die in Arbeit und Leistung investierte Zeit ist zugunsten von Beziehungen und Freizeit zu reduzieren. Es müssen neue Erholungsräume in die Agenda eingeplant werden. Sie können mit Sport, Wandern in der Natur, Hobbys, sozialen Kontakten und anderem gefüllt werden. Zur Beratung gehören auch praktische Empfehlungen zu Schlafritualen oder Essenskultur. Zur Burnout-Beratung lassen sich heutzutage auch Online-Programme beiziehen [4].

Stressmanagement

In der Planung der amerikanischen DSM-5-Klassifikation steht die Einführung von «stressor-related disorders» zur Debatte. In diesen Kontext würde auch der Burnout-Prozess gehören. Burnout und Stresstheorie werden eng assoziiert. Burnout kann als Stressverarbeitungsstörung verstanden werden. Damit kommt dem Stressmanagement ein grosser Stellenwert zu.
Erklärungen zu den biologischen Stressabläufen können für interessierte Patienten informativ sein. Therapienäher sind die psychischen Abläufe, die mit Hilfe des psychischen Stresszirkels dargestellt werden können (Abb. 1). Die äusseren Belastungen sind der Stressor, wobei die subjektive Einschätzung bereits mitspielt. Innerlich kommen die Stressverstärker dazu, bei Burnout zuerst antreibend, später – wenn sich eine Depression entwickelt – mehr bremsend. Stressor und antreibende

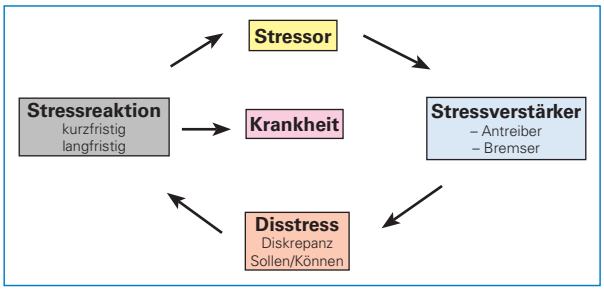

Abbildung 1
Der psychische Stresszirkel.

Stressverstärker lassen die objektiven Anforderungen als grösser erscheinen. Klaffen Sollen und Können zu stark auseinander, wird aus der gesunden Herausforderung (Eustress) eine ungesunde Überforderung, ein Disstress. Folge davon sind psychische und körperliche Stressreaktionen. Die Ressourcen nehmen ab, und die Stressoren werden in der Folge als noch belastender erlebt. Beim Burnout entspricht der psychische Stresszirkel einer Beschleunigungsspirale, die immer schneller dreht, bis es zum Kollaps, zum Ausbrennen mit einer eigentlichen Krankheit kommt. Der entscheidende Beschleuniger sind die Stressverstärker, die überhöhten Selbstansprüche des Burnout-Kandidaten. Je nach zugrundeliegender Charakterstruktur haben sie verschiedene Ausprägungsformen (Tab. 3). Die Stressreaktionen bewirken primär nicht ein Langsamertreten, sondern ein «Trotzdem» und «Erstrecht». Es passt zuerst einmal nicht ins Selbstbild des Burnout-Kandidaten, dass er nicht mehr kann.
Das therapeutische Ziel ist die Entschleunigung. Der wirksamste Ansatzpunkt hierfür sind die Stressverstärker. Der Burnout-Patient muss seine individuellen Antreiber erkennen und einsehen, dass sie ihn nicht mehr fördern, sondern überfordern, und er sie auf ein gesundes Mass herunterholen muss. Die Einsicht ist allerdings nur der erste Schritt, entscheidend ist nachher die Umgewöhnung im Alltag.
Masslose Stressverstärker sind der Grund der Burnout-Vulnerabilität. Komplementär dazu ist die Resilienz, welche die Stresstoleranz bzw. -resistenz mit beeinflusst. Ein weitgefasstes Konzept zur Erfassung der Resilienz hat Antonovsky mit seinem Kohärenzgefühl (sense of coherence) geliefert [5]. Es umfasst die drei Dimensionen Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit. Die Resilienz wird grösser, wenn das Vertrauen wächst, dass die eigene Lebenssituation nicht chaotisch, sondern verstehbar, nicht überfordernd, sondern bewältigbar und schliesslich nicht sinnlos, sondern lebenswert ist. Alle in diesem Artikel angeführten Therapiemassnahmen erhöhen das Kohärenzgefühl und verbessern damit auch die Stresstoleranz.

Körperorientierte und meditative Ansätze

Der typische Burnout-Patient vernachlässigt seinen Körper. Das Körperempfinden geht im Alltagsstress unter, die Muskeln sind verspannt, der Atem ist oberflächlich. Körperorientierte Therapien sind deshalb indiziert, als Ergänzung zur Gesprächstherapie oder anfänglich auch alleine. Gezielt auf Entspannung ausgerichtet sind Methoden wie Jacobson, Massagen und anderes. Viele Ansätze gehen über das reine Entspannungsziel hinaus. Teilweise haben sie ihre Wurzeln im östlichen Kulturkreis, wie Yoga, Qi Gong oder Shiatsu. Ihren Ursprung im Westen haben Methoden wie Feldenkrais, Bio-Feedback und Atemtherapie.
Meditation bezieht explizit Körper und Geist mit ein, der Geist wird beruhigt und zu einem nicht wertenden Wahrnehmen angeleitet. Kabat-Zinn hat aus dieser Achtsamkeit bzw. Mindfulness ein eigentliches Stressbewältigungsprogramm entwickelt (MBSR = Mindfulness-Based Stress Reduction) [6].

Kognitive Verhaltenstherapie

Die kognitive Verhaltenstherapie hat einen wichtigen Platz im Angebot der Burnout-Therapien. Ausgangspunkt ist eine Verhaltensanalyse, in der die typischen Burnout-gefährdenden Situationen ermittelt werden, zum Beispiel fehlende Anerkennung bzw. wiederholte Kritik durch den Chef. Immer wieder auftretende automatische Gedanken (z.B. «der Chef hält überhaupt nichts von mir» oder «ich verliere meine Stelle») werden identifiziert und durch alternative stabilisierende Gedanken ersetzt. Es lassen sich dabei typische Fehler in der Informationsverarbeitung feststellen, zum Beispiel dichotomes Denken (Schwarz-Weiss-Denken) oder Personalisieren (entwertende Äusserungen werden fälschlicherweise auf sich selbst bezogen) [7]. Solche selbstverunsichernden Denkformen schwächen das Kohärenzgefühl und das Vertrauen, den Herausforderungen im Beruf und Leben grundsätzlich gewachsen zu sein, nimmt ab. Daraus kann sich eine erlernte Hilflosigkeit entwickeln [8]. Ziel der Therapie ist eine Dekonditionierung, indem man sich in den Therapiesitzungen und im Alltag diesen dysfunktionalen emotional-kognitiven Automatismen aussetzt und korrektive Formen einübt. Die Analyse der Stressverstärker lässt sich sehr gut in die kognitive Verhaltenstherapie einfügen, ebenso eine vertiefende Analyse der motivierenden Grundmuster und Grundbedürfnisse.

Analytische Therapien

Es ist inzwischen gesichert, dass ein Zusammenhang zwischen früheren Stresserfahrungen wie emotionaler Vernachlässigung, chronischen familiären Dysharmonien oder Missbrauchserfahrungen und erhöhter Anfälligkeit

Tabelle 3
Disstress durch antreibende Stressverstärker.

Perfektionismus	Sei perfekt!
Überverantwortlichkeit	Sei für alles zuständig!
Übertriebenes Harmoniebedürfnis	Sei immer lieb!
Übertriebenes Bewunderungsbedürfnis	Sei immer der Beste!
Übertriebenes Kontrollbedürfnis	Habe alles im Griff!
Übertriebenes Autonomiebedürfnis	Sei immer unabhängig!

für spätere psychische Störungen besteht [9]. Dazu gehört auch eine erhöhte Vulnerabilität für Burnout [10]. Aufgrund solcher charakterneurotischen, biographischen Prägungen, die bei allen Burnout-Patienten mehr oder weniger vorhanden sind, sollen auch analytische Verfahren einen festen Platz in den Burnout-Behandlungen haben. Dazu gehören die analytisch orientierten Therapien, die der klassischen Psychoanalyse entsprungen sind, wie auch modernere Methoden, welche eine explizite Integration von Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologie anstreben wie die Schematherapie [11] oder die Therapie nach Grawe [12]. Kern aller dieser therapeutischen Ansätze ist die Herausarbeitung biographisch gewachsener Erfahrungsmuster (Schemata), die das Verhalten im Alltag in dysfunktionaler Weise motivieren und bisher vorwiegend unbewusst waren. Charakterpathologien mit erhöhtem Burnout-Risiko sind vor allem narzisstische Persönlichkeiten mit Bewunderungs- und Erfolgssucht, zwanghafte Personen (anankastisch, Typus melancholicus) mit Perfektionismus und masochistische Personen im Sinne einer Aufopferung für andere und mit dem Risiko eines Helfersyndroms [13].

Eine narzisstische Problematik zum Beispiel kann ihre Wurzeln in traumatisierenden Erfahrungen in der Kindheit haben, etwa in einer emotionalen Vernachlässigung (z.B. gegenüber einem klar bevorzugten Geschwister) oder blossstellenden und beschämenden Entwertungen (z.B. in der Schule). Der Minderwertigkeitskomplex wird später durch ein grandioses Selbst kompensiert. Das daraus entstehende Muster («ich muss der Grösste sein – die anderen müssen klein gehalten werden, sonst sind sie bedrohlich») kann im Berufsalltag einen ruhelosen Drang nach Bewunderung und Erfolg und eine mimosenhafte Verletzlichkeit durch Kritik bewirken. Zusammen mit dem heute objektiv gestiegenen Leistungs- und Konkurrenzdruck kann dies zu Überforderung mit Burnout-Entwicklung führen.

Die emotionale Aufarbeitung solch dysfunktionaler Motivationsschemata geschieht zuerst in der Therapiesitzung. Entscheidend ist aber auch hier die Exposition im Alltag, das heisst das Wahrnehmen solcher Motivatoren, das Aushalten von Ängsten und anderen schwierigen Affekten beim Verzicht auf das bisherige automatisierte Verhalten und das Zulassen veränderter Erlebens- und Verhaltensweisen, die sich dann mit der Zeit als funktionale Schemata verfestigen.

Anthropologische Therapie

Burnout-Patienten sind immer auch in einer Lebenssinnkrise. Sie äussern oft spontan, es mache keinen Sinn, so wie in letzter Zeit weiterzuleben (nicht als suizidale, sondern als resümierende Äusserung). Es ist deshalb wichtig, die Sinnfrage aktiv aufzugreifen. Sie kann direkt angegangen werden, durch gemeinsame Reflexion, wie zukünftig der Lebenssinn nicht mehr nur im Berufserfolg liegen darf, sondern andere Lebensinhalte dazukommen müssen. In vertiefter Weise kann die Sinnperspektive durch anthropologische oder existenzielle Methoden bearbeitet werden [14, 15]. Hilfreich dabei ist die Fokussierung auf die Rahmenbedingungen, die für ein anhaltendes und tragendes Gefühl von Lebenssinn erfüllt sein müssen. Beim Burnout-Patienten sind diese nicht mehr gegeben. Infolge seines übermässigen Leistungs- und Erfolgsstrebens ist er in seinem Selbsterleben und in seiner Lebensführung eingeengt. Der Lebenssinn kommt zurück, wenn eine Selbst- und Lebenserweiterung gelingt. Entscheidend dabei ist der Schritt in eine neue Selbstverantwortung. Der Burnout-Patient erlebt sich primär als Opfer der äusseren Umstände und der inneren Antriebe.

Selbsterweiterung

In der Selbsterweiterung lässt sich die Verantwortungsübernahme als eine stufenweise ethische Reifung darstellen (Tab. 4). Zuerst muss man autonomer gegenüber den Stressoren und Stressverstärkern werden, die einen fremdbestimmen und das persönliche Selbst verkümmern lassen. Durch Aneignung dessen, was an den Stressoren und Stressverstärkern gut ist (z.B. ein gemässigter Perfektionismus ermöglicht kompetente Arbeit), wird man authentischer und mehr sich selbst. Arbeitswut und Kopflastigkeit entfremden zudem von der eigenen Naturseite, das Körperselbst ist wiederzuentdecken und intensiver zu leben. Mehr Autonomie bedeutet nicht Egoismus: aus der rücksichtslosen Rivalität muss ein fairer Konkurrenzkampf werden, getragen von einem Wir-Gefühl.

Sinnverlust ruft wieder vermehrt auch nach spirituellen oder religiösen Verwurzelungen. Durch Egotranszendierung wird eine einseitige Selbstbezogenheit – die heute verbreitete und überbetonte narzisstische Position – überwunden, und man sieht sich wieder als Teil eines umgreifenden Ganzen, einer Gemeinschaft, der Natur oder der Transzendenz. Das Selbst ist dann nicht nur sich selbst, sondern repräsentiert zugleich dieses andere, das Ganze.

Lebenserweiterung

Die Lebenserweiterung (Tab. 5) beginnt mit der Einsicht, dass die bisherige Lebensführung zu stark auf erfolgsorientierte Strategien eingeengt war. Andere Menschen etwa sind interessant, solange sie sich für die eigene Karriere instrumentalisieren lassen. Jede Stunde muss einen Nutzen abwerfen, sonst wird sie als Zeitverschwendung erlebt. Neben dieser – im Berufsleben grundsätzlich wertvollen – strategisch-instrumentellen Lebensform trägt ferner die soziale Lebensform ein Burnout-Risiko in sich. Wenn das ethisch Gute als Leitwert und die Gerechtigkeit als Leitziel extrem bestimmend werden, droht ein Helfersyndrom. Strategisch in-

Tabelle 4
Sinnfindung durch Selbsterweiterung.

Prozess	Loslösung/ Aneignung von	Selbstfindung
Autonomisierung	Stressoren Stressverstärkern	Ich-Selbst
Naturalisierung	Körperentfremdung	Körper-Selbst
Solidarisierung	Konkurrenzkampf	Wir-Selbst
Ego-Transzendierung	Narzisstische Position	Selbst als Anderes

Tabelle 5
Sinnfindung durch multidimensionale Lebensform.

Lebensform	Strategisch-instrumentelle Lebensform	Soziale Lebensform	Ästhetische Lebensform	Philosophische Lebensform
Leitender Wert	Der Nutzen	Das Gute	Das Schöne	Das Wahre
Leitendes Ziel	Erfolg Macht	Gerechtigkeit Solidarität	Genuss Spontanität	Wahrhaftigkeit Authentizität
Lebenstyp	Vita activa		Vita contemplativa	

strumentale und soziale Form sind Variationen der *Vita activa*. Zu kurz kommt heute oft die *Vita contemplativa*. Burnout-Therapie und -Prophylaxe strebt deshalb gezielt eine kontemplative Ausweitung an. Sie besteht einerseits in der ästhetischen Lebensform mit ihrem Leitwert des Schönen. Sinnliches und Schöngeistiges sollen wieder vermehrt genossen werden. Anderseits geht es in einer philosophischen Lebensform darum, Wahrhaftigkeit und Authentizität im Selbstsein und den Beziehungen zu fördern. Nicht der beste Nutzen, sondern das Wahre und Echte sollen erkannt und realisiert werden.

Das Burnout-Risiko liegt in der Eindimensionalität der Lebensführung, vor allem in der Einengung auf die strategisch-instrumentelle Form. Als Burnout-Prophylaxe wirkt die Vielfalt der Lebensformen. Die vernachlässigten Lebensformen sind zu regenerieren, um so eine protektive Multidimensionalität in der Lebensführung zu erreichen. Was die verschiedenen Leitwerte und Leitziele praktisch bedeuten, ist individuell und muss im Gespräch konkretisiert werden. Das anschliessende überzeugte Üben im Alltag bringt bereits wieder einen ersten Lebenssinn zurück.

Pharmakotherapie

Bei Burnout sind Medikamente nicht die erste therapeutische Massnahme. Bei gezieltem Einsatz und Berücksichtigung der Motivation des Patienten können sie aber eine wertvolle Unterstützung sein. Oft sind es zuerst die Schlafstörungen, die – bei ungenügenden schlafhygienischen Massnahmen – eine medikamentöse Behandlung notwendig machen, mit Hypnotika oder schlaffördernden Antidepressiva. Bei stärkeren Ängsten kann der vorübergehende Einsatz von Tranquilizern angezeigt sein, bei Symptomen vegetativen Arousals Betablocker. Antidepressiva sind dann zu prüfen, wenn sich aus dem Burnout-Prozess eine klinisch relevante Depression oder Angststörung entwickelt hat. Ist der Patient auf nichtchemische Medikamente ausgerichtet, lassen sich auch Phytotherapeutika anwenden, zum Beispiel Johanniskraut bei einer Depression oder allenfalls Ginkgo bei Konzentrationsproblemen.

Coaching, Supervision, Betriebsberatung

Immer wünschenswert ist es, dass die Betriebsseite in die Burnout-Behandlung und -Prophylaxe miteinbezogen wird. Ein Burnout-Fall ist auch eine Chance für den Betrieb. Er kann Anlass zu einer Analyse vorhandener bzw. zu entwickelnder Ressourcen werden [16]. Der Ansatzpunkt ist beim Betroffenen (Coaching), beim Team (Supervision/Beratung) und/oder beim Management (Betriebsanalyse).

Der Coach analysiert die Arbeitssituation des betroffenen Mitarbeiters und hilft beim Ausbau individueller Ressourcen. Es lassen sich Faktoren verbessern wie Arbeitsstil (z.B. Prioritätensetzung), Sozialverhalten der Vorgesetzten (z.B. anerkennende Feedbacks – Gratifikationskrisen sind ein typischer Burnout-Risikofaktor), quantitative und qualitative Herausforderungen (Vermeidung von Unter- bzw. Überforderung), Entscheidungs-/Kontrollspielraum (ein Mangel davon ist ein anderer typischer Burnout-Risikofaktor) oder die Aufgabenvariabilität. Der Coach hilft, dass der Betroffene möglichst im Arbeitsprozess bleiben kann, allenfalls mit reduzierter Arbeitsfähigkeit.

Das Sozialverhalten im Team spielt in der Burnout-Prophylaxe eine wichtige Rolle. Ein Supervisor resp. Teamberater kann einen Teamgeist, der unter hohem Arbeits- und Leistungsdruck gelitten hat, positiv beeinflussen. Die heutige Realität ist dabei nicht schönzureden, sondern in die Leitlinien des guten Teamworks miteinzubeziehen:

- Trotz Arbeitsdruck Erwartungen dosieren
- Trotz Effizienzdruck Menschlichkeit bewahren
- Trotz Rivalität Solidarität leben
- Trotz Neid Fairness bewahren
- Trotz Zeitdruck miteinander reden
- Trotz Erfolgszwang Schwächen tolerieren
- Trotz Fehlern Anerkennung aussprechen.

Bei Einbezug der Management-Ebene lässt sich ein umfassendes Betriebs-Ressourcen-Profil erstellen [16]. Ein solches umfasst Prozessabläufe und technologische Hilfsmittel, Infrastruktur am Arbeitsplatz (z.B. Büroeinrichtung), Ernährungs- und Bewegungsmöglichkeiten, Organisations- und Arbeitsklima (z.B. nicht überfordernd, sondern fördernd), Führungskultur (z.B. Einbezug der Basis bei wichtigen Entscheidungen), Personalpolitik (z.B. nicht verunsichernd, sondern transparent), Kooperations- und Konfliktbewältigungskultur (z.B. Förderung von Gesprächen bei Spannungen) oder Lern- und Innovationskultur (z.B. Auszeichnung innovativer Ideen). Eine umfassende Betriebsberatung geht über eine Burnout-Prophylaxe hinaus, ist aber auch diesbezüglich ein wirksames Mittel. Ökonomischer Druck und marktwirtschaftliche Konkurrenzsituationen werden damit nicht aufgehoben, aber für die Mitarbeiter besser tolerierbar.

Stationäre Behandlung

Lässt sich ein Burnout-Prozess trotz ambulanter Therapien und Massnahmen nicht stoppen, ist eine stationäre Behandlung in Betracht zu ziehen. Arbeitspausen zu Hause oder in einem Ferienort überfordern viele Burnout-Patienten, sie erleben dann statt Ruhe und Erholung Unruhe und Leere. Stationär bekommt der Patient ein intensives multimodales Therapieprogramm, das in solcher Kompaktheit ambulant nicht möglich ist. Es umfasst mehrere Einzelpsychotherapiesitzungen pro Woche,

gezielte Gruppentherapien, verschiedene Körper- und Kreativtherapien sowie Pflegeunterstützung rund um die Uhr. Für viele Patienten ist die Abschirmung vom Stress draussen und das Zusammensein mit anderen Betroffenen eine grosse Hilfe. Die Klinikwelt wird zu einer vorübergehend notwendigen «Schonwelt», wo Erholung und Neuorientierung möglich werden. Ein Klinikaufenthalt dauert 5–10 Wochen.

Die poststationäre Phase muss sorgfältig vorbereitet werden. Ambulante Psychotherapie, allenfalls kombiniert mit Körper- und Entspannungstherapien, ist meistens indiziert. Der berufliche Wiedereinstieg ist auf Monate anzulegen, mit schrittweiser Steigerung der Arbeitsfähigkeit und je nach Situation mit Unterstützung eines Coaches.

Abschliessend stellt sich die Frage, wie weit ein Erfolg der verschiedenen Burnout-Interventionen wissenschaftlich nachweisbar ist. Die Forschung tut sich schwer damit, dass Burnout nicht klar definiert und gemessen werden kann. Dennoch gibt es viele Studien, die individuums-, arbeitsbezogene oder kombinierte Ansätze untersuchen. In einem kürzlich publizierten Review wurden anhand von spezifischen Kriterien 33 Studien ausgewählt [17]. In 76% liessen sich positive Effekte von Interventionen nachweisen. Hingegen ermöglichte der Review keine Aussage darüber, welche Interventionen wirksamer sind. In eine andere neue Übersichtarbeit konnten 17 Studien einbezogen werden; bei zehn liess sich eine Reduktion von Burnout nach Durchführung der Intervention nachweisen, bei den andern sieben war das Ergebnis uneinheitlich oder es zeigte sich kein Therapieerfolg [18]. Quantität und Qualität der Studien seien kritisch zu beurteilen, und gemäss den Autoren «haben deshalb die Aussagen zur Wirksamkeit von Burnout-Therapien vorläufigen Charakter und sind von begrenzter Reichweite». Die praktische Erfahrung allerdings vermag die hohe Zahl an positiven Studienresultaten durchaus zu bestätigen.

Korrespondenz:
Dr. med. Toni Brühlmann
Kompetenzzentrum Burnout und Lebenskrise
Privatklinik Hohenegg
CH-8706 Meilen
toni.bruehlmann[at]hohenegg.ch

Literatur

Die vollständige nummerierte Literaturliste finden Sie unter www.medicalforum.ch.