

Überlastungssyndrome in der heutigen Gesellschaft



**.. macht die
heutige Gesellschaft/
moderne Arbeitswelt
psychisch krank? ..**

Hans-Peter Kapfhammer
Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapeutische Medizin
Klinik für Medizinische Psychologie
und Psychotherapie
Medizinische Universität Graz

Historischer Blick zurück

seit Mitte des 19. Jahrhunderts:

- im Zuge der einsetzenden Industrialisierung
- der einhergehenden zivilisatorischen Veränderungen (Stadt, Verkehr, etc.)

veränderte Familien-, berufliche, soziale Umwelten
mit beunruhigender psychologischer Mehrbelastung
wahrgenommen [„*Dampfkraft, Zeitungen, Telegraphen,
Wissenschaften, geistige Aktivität der Frauen*“ (Beard 1881/1)]:



konzeptueller Niederschlag in Medizin:



Neurasthenie

Lebenswelt im Zeitalter der Globalisierung und bestimmenden Beschleunigung

Gesellschaft

- Individualisierung
- Verlust traditioneller Unterstützungssysteme
- Anonymität
- Zeitmangel
- multiple Stressoren

Arbeitswelt

- Mechanisierung, Digitalisierung
- Globalisierung / Konkurrenz
- erhöhte Arbeitskomplexität / Spezialisierungen
- Job-Unsicherheiten / Rationalisierung
- Mobilität / Flexibilität



Ökonomisierung

Anstieg psychosozialer/mentaler Stressoren

?



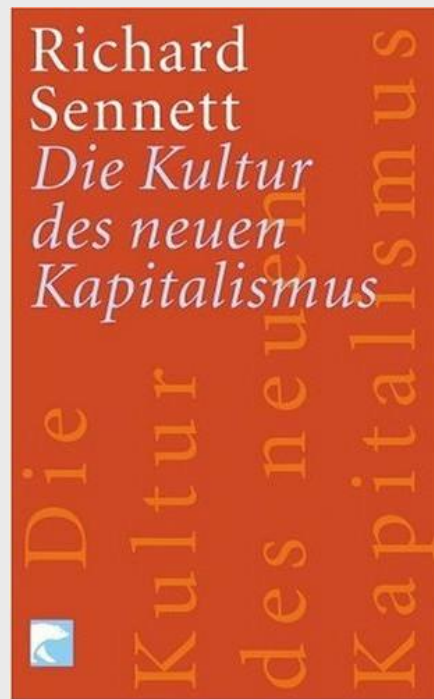
?

höheres Burnout-Risiko

Arbeitswelt im Zeitalter der Globalisierung



[1998]



[2005]

Flexibilisierung der Arbeitswelt:

Traditionelle Wertvorstellungen u. Tugenden:
Treue, Verantwortungsbewusstsein, Arbeitsethos,
Loyalität nicht mehr als zentral wahrgenommen

Veränderung auch der Bedürfnisstruktur:

Verzicht auf sofortige Befriedigung von
Wünschen zugunsten langfristiger Ziele: sinnlos

Zugrunde liegende umfassende Beschleunigung:

- Beschleunigung der Arbeitsorganisation
- stetig wachsende Leistungsanforderungen
- Unsicherheit der Arbeitsverhältnisse
- spezialisierte Produktions- und Zulieferbetriebe in einer globalisierten Vernetzung

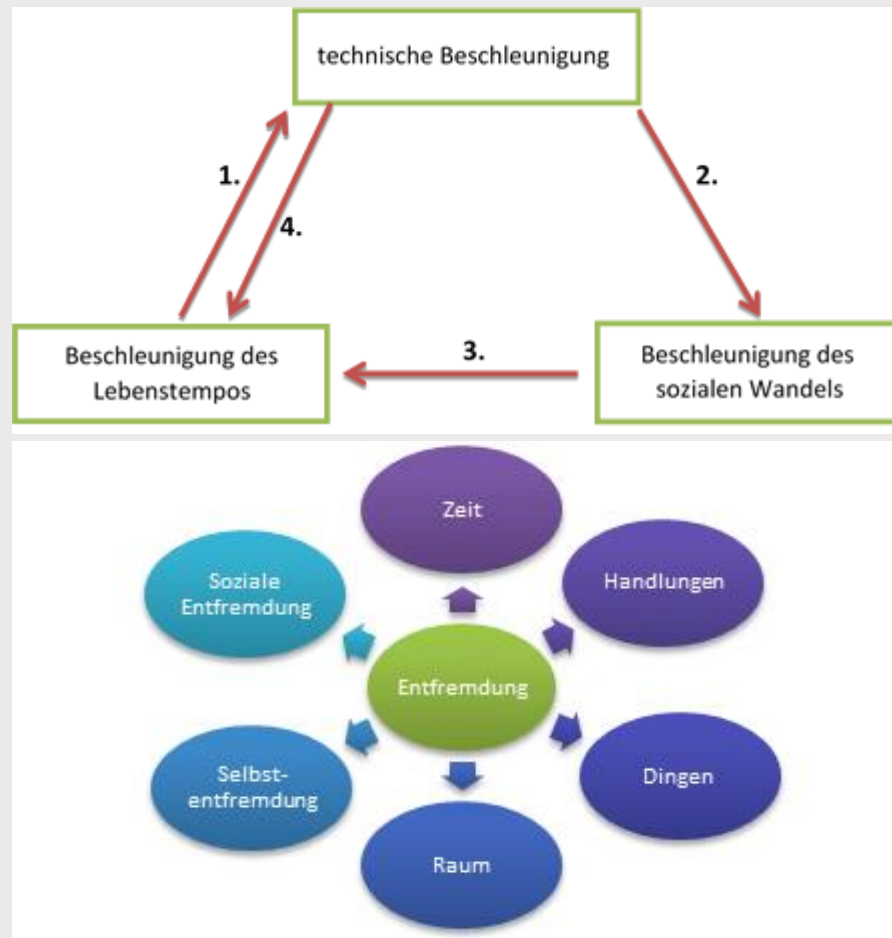
Dynamisierung der Welt als das Fundamentalprinzip unserer Zeit



*Zeit wird immer mehr als **Mangelware** erlebt, was angesichts des technischen Zeitgewinns paradox erscheint*

[H. Rosa 2008]

Dynamisierung der Welt als das Fundamentalprinzip unserer Zeit



Beschleunigungszirkel



Entfremdung

Rosa, Hartmut (2016): Beschleunigung und Entfremdung.
Entwurf einer Kritischen Theorie spätmoderner Zeitlichkeit

Welche Diskurse begleiten diese Veränderungen im Hinblick auf Gesundheit / Befinden?

- **Kulturkritischer Diskurs**

psychische Störung (Depression)
als Kultur- und Zeitkrankheit

essayistisches Portrait der
zeitgenössischen Gesellschaft

- **Medizinischer Diskurs**

psychische Störung (Depression)
als medizinische Krankheit

klinische Diagnose einer
Störung nach empirischen
Kriterien – Individuum-bezogen –
behandlungsrelevant

„Depression“ als Kultur- und Zeitkrankheit

▪ Diskurs der Entfremdung:

krank ist nicht das Individuum, sondern die Gesellschaft, die krank macht

- E. Fromm (1953): Die Pathologie der Normalität des heutigen Menschen:
*„krank“ sind die vielen, die sich an die Gesellschaft anpassen,
und „gesund“ die wenigen, die in ihr als ver-rückt gelten.*

- **„wahre“ Natur des Menschen – welche Gesellschaftsform dieser am nächsten?**

- „allgemeiner Wertverfall“ [Rieff 1966]
- „Tyrannei der Intimität“ [Sennet 1977]
- „Selbstbezogenheit“ [Lasch 1978] **„Zeitalter des Narzissmus“**
- „Dromologie“ [Virilio 1989]
- „Beschleunigung“ [Rosa 2005]
- „erschöpftes Selbst“ [Ehrenberg 2008] **„Depression und Gesellschaft“**

- „Depression“ [Hidaka 2012] **„Krankheit der Moderne“**
- „Selbstaussbeutung“ [Han 2016] **„Burn-out Gesellschaft“**

Diskurs: metaphorisch-symbolisch, nicht wissenschaftlich-analytisch

„Depression“: Kernmerkmale der Zeit?



Alain Ehrenberg (2008)

Depressionszunahme (postmodern):
Überforderung durch Gestaltung
zunehmender Freiheitsräume, Anforderungen
einer selbstbestimmten Lebensführung;
Selbstoptimierung - Selbstwahl



Byung-Chul Han (2016)

Depressionszunahme (spätkapitalistisch):
nicht Gestaltung von Freiheitsspielräumen,
sondern Zuwachs an Leistungsanforderungen
zentrales Problem, die das Individuum erschöpfen;
Selbstaussbeutung

„Depression“ als medizinische Krankheit

- **Diskurs eines klinischen Störungsbildes:**
Depression als eine medizinische Krankheit/Störung
 - anders als für die meisten somatischen Krankheiten:
für die Depression (als Beispiel für psychische Störungen)
kein allgemein anerkanntes Störungs-/Behandlungsmodell
[Ätiologie – Pathogenese – Diagnose – Verlauf – Therapie]
 - grundlegendes Bekenntnis zu multifaktoriellem biopsychosozialem Modell
 - Hauptkonsequenz für Diagnose ab DSM-III:
rein deskriptive Listen von psychopathologischen Symptomen/Verhalten mit
klinischer Relevanz – Zusatzkodierungen – Zeitkriterien – Algorithmus –
polythetische Kriterien – Mehrfachdiagnosen – Differentialdiagnosen
 - Reliabilität: hoch – Validität: niedrig
 - erst in sekundärem Schritt: ätiologische Einflüsse / pathogenetische Mechanismen

„Depression“ verweist auf diagnostisches Konstrukt, nicht auf nosologische Entität

„Depression“ als medizinische Krankheit

Hauptsymptome		Zusatzsymptome	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Depressive Stimmung ■ Verlust von Interesse und Freude (Anhedonie) ■ Verminderung des Antriebs und erhöhte Ermüdbarkeit 		<ul style="list-style-type: none"> ☑ Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit ☑ Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen ☑ Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit ☑ Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven ☑ Suizidfantasien/-handlungen ☑ Schlafstörungen ☑ Verminderter Appetit 	
		Σ	
2	+	2	leicht
2	+	3 - 4	mittel
3	+	≥ 4	schwer
Symptome (≥2 Wochen)		Schweregrad	Psychopathologisches Syndrom
		Depressive Episode	ICD-10
		Depressive Episode, monophasisch	F 32
		Depressive Episode, rezidivierend	F 33
		Depressive Episode, im Rahmen eines bipolaren Verlaufs	F 31

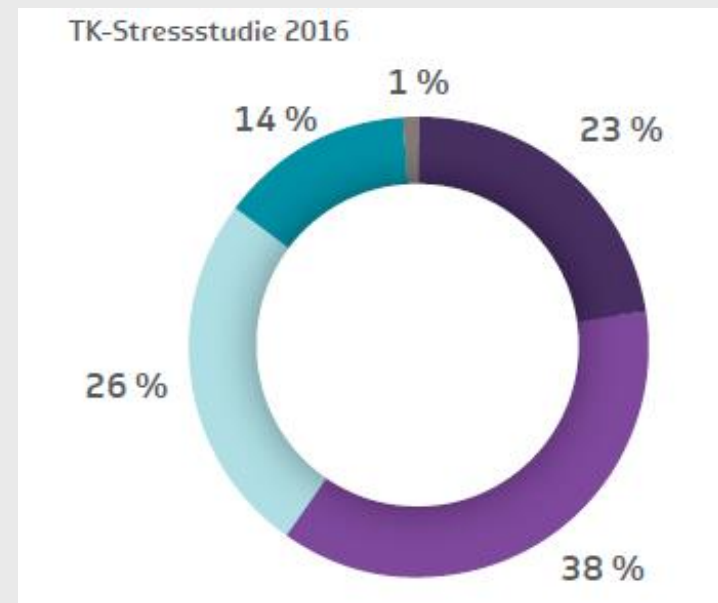
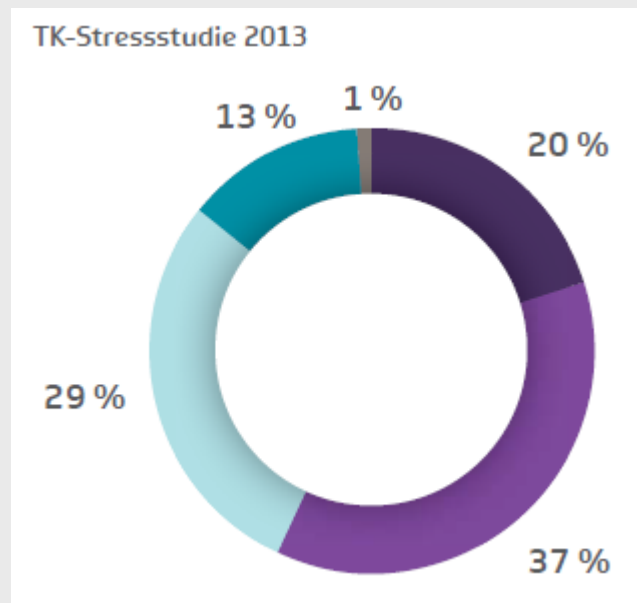
klinischer Kontext: es gibt nicht die Depression!

Nehmen psychische Störungen, depressive und Angststörungen, nehmen Stress und Burn-out zu?

- **Was sagen uns empirische Daten hierzu?**
- **In welcher Form werden diese empirische Daten erhoben?**
 - Online-Befragungen repräsentativer Samples aus der Allgemeinbevölkerung (Selbstbeurteilungen)
 - administrative Daten (ICD-kodiert) von Ärzten an Krankenkassen (Inanspruchnahme-Populationen)
 - systematische epidemiologische Daten an repräsentativen Samples der Allgemeinbevölkerung (systematische Interviews)
- **Was bedeuten diese Daten jeweils, und welche gesundheitspolitischen Konsequenzen sollten gezogen werden?**

Nimmt der subjektiv wahrgenommene Stress in der deutschen Bevölkerung zu? Entspann dich, Deutschland!

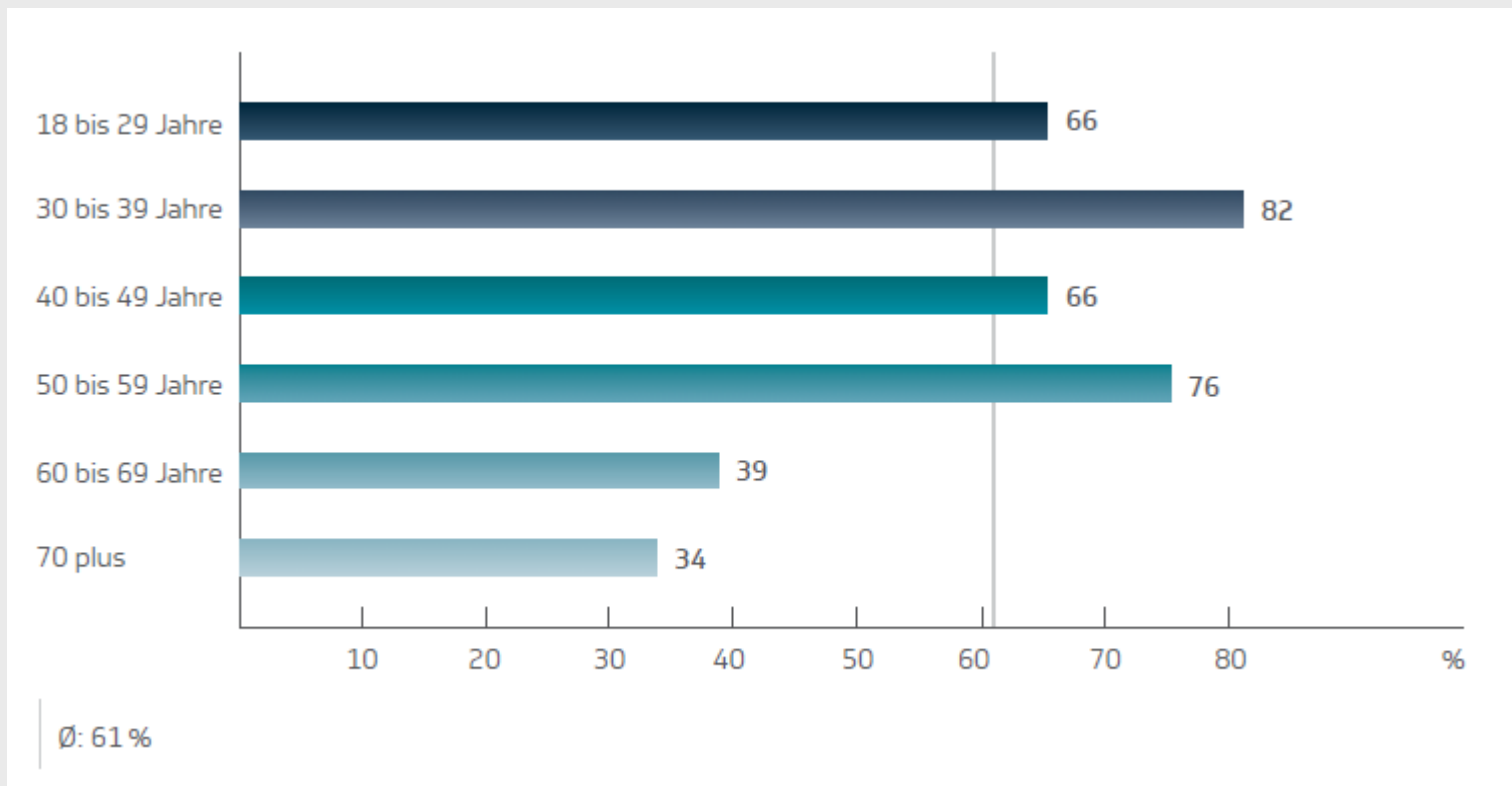
**Mehr als 60 Prozent unter Strom:
„Wie oft fühlen Sie sich gestresst?“**



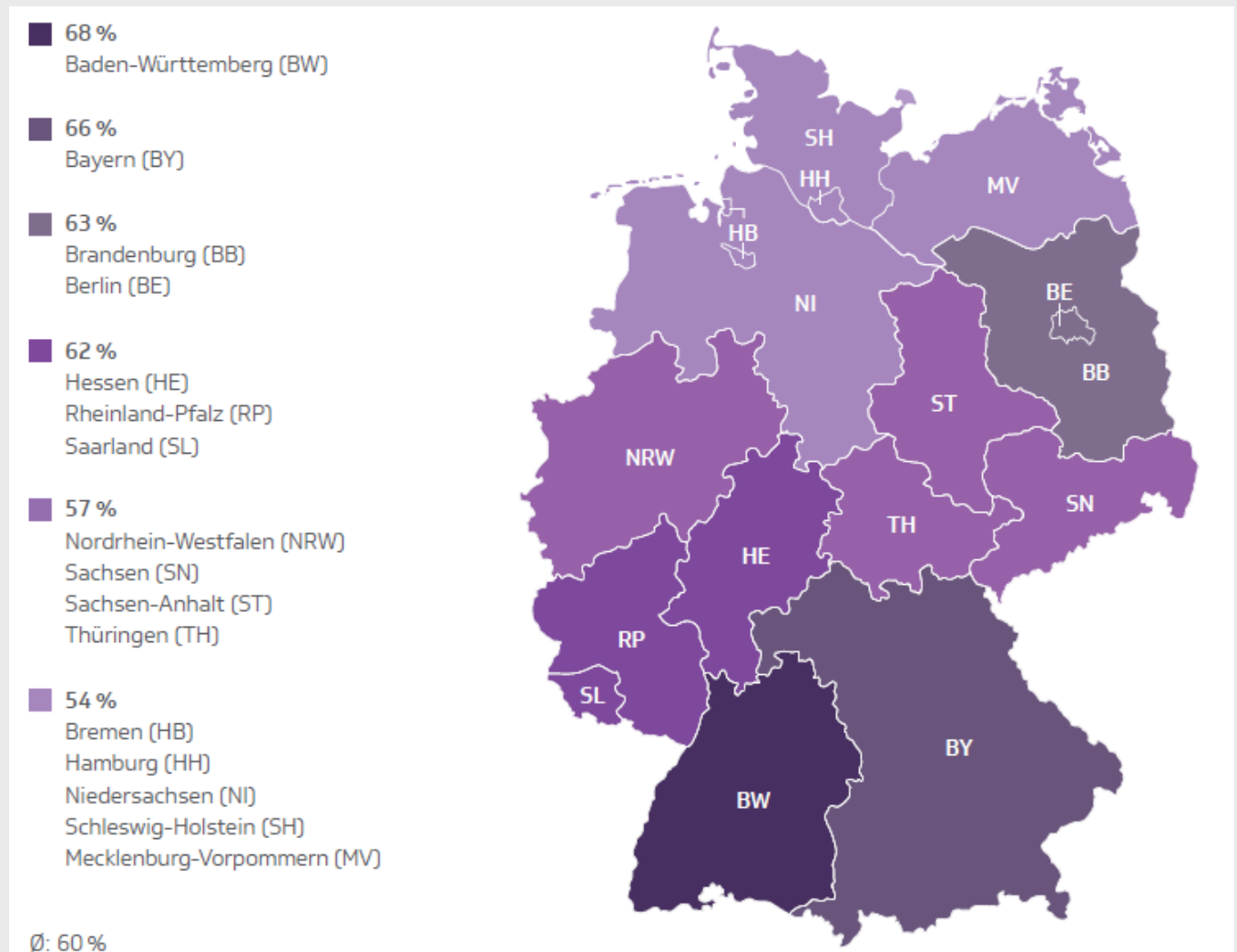
■ häufig ■ selten ■ weiß nicht
■ manchmal ■ nie

**Stress-Studie 2016 der
Techniker Krankenkasse**

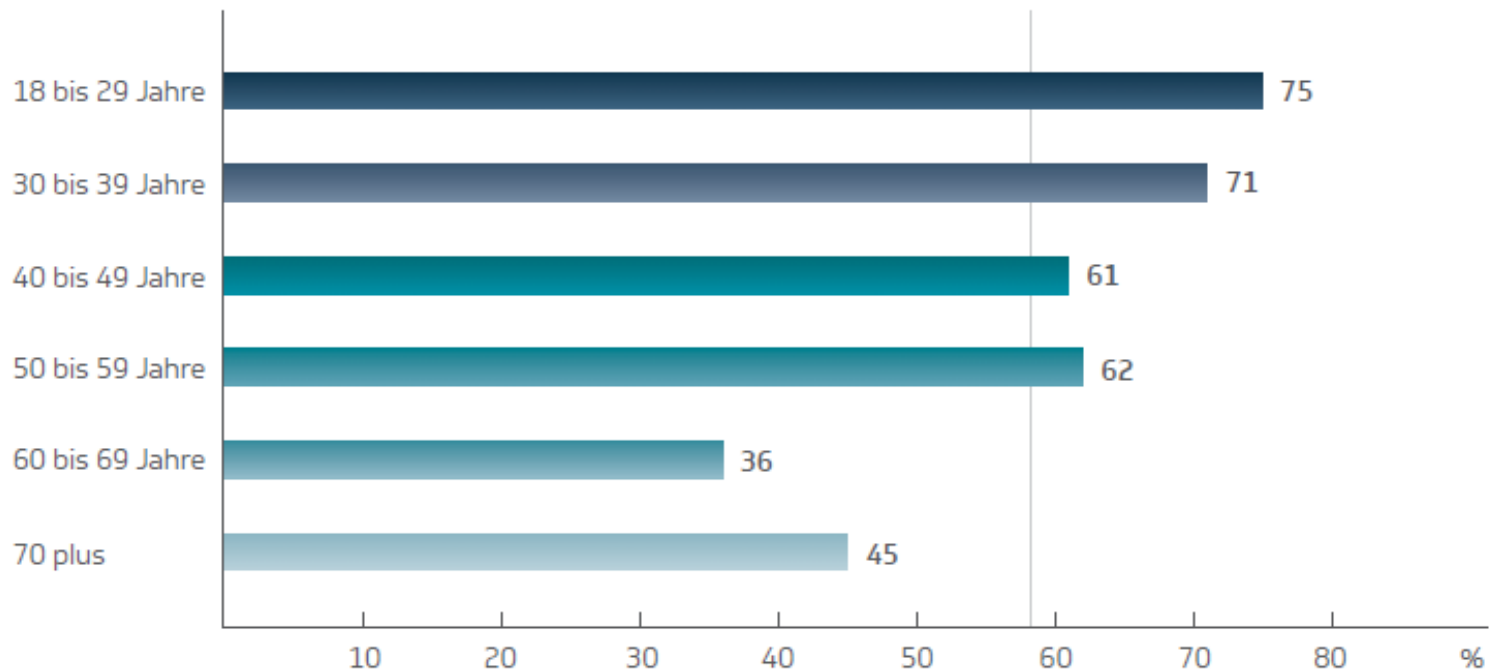
Stresserleben nach Lebensalter



Stresserleben nach Bundesländern

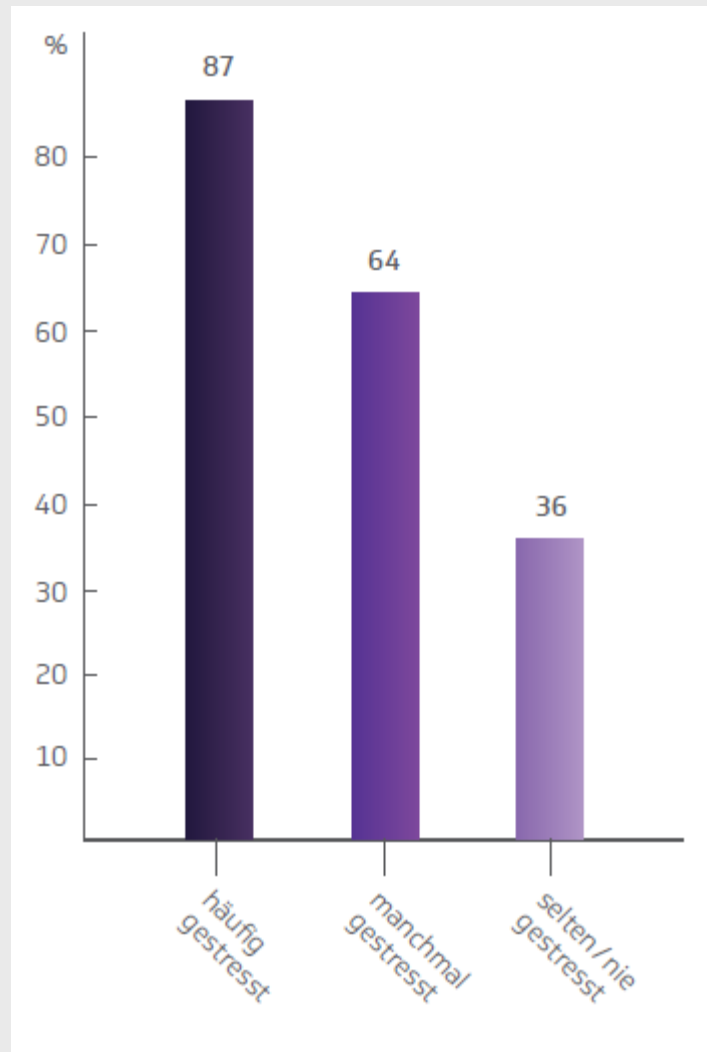


Mehr Stresserleben im Vergleich 2016 gegenüber 2013



Ø: 58 %

Noch mehr Stresserleben jener, die sich schon mehr gestresst erlebt haben



Was wird mit Stresserleben verbunden?

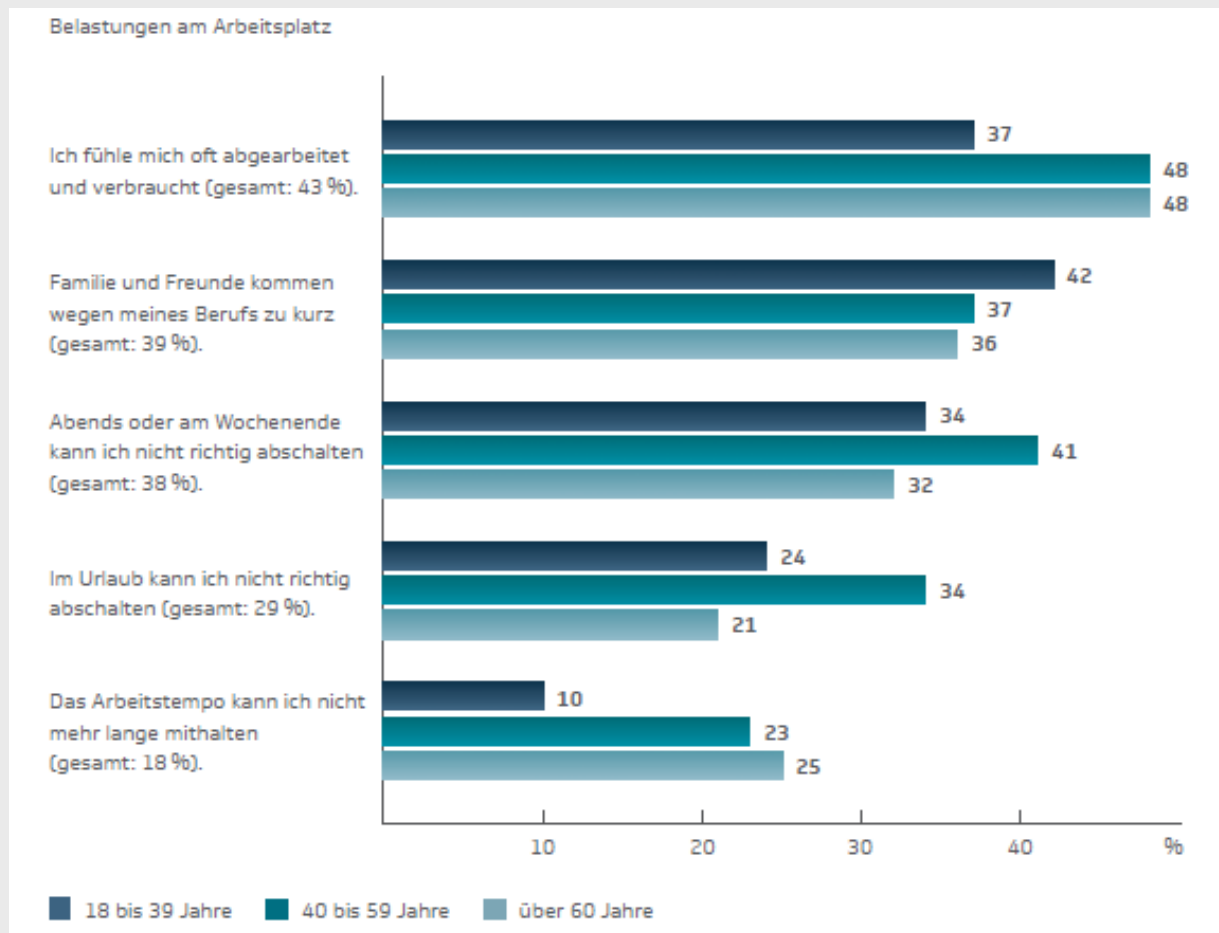
Frauen Männer gesamt



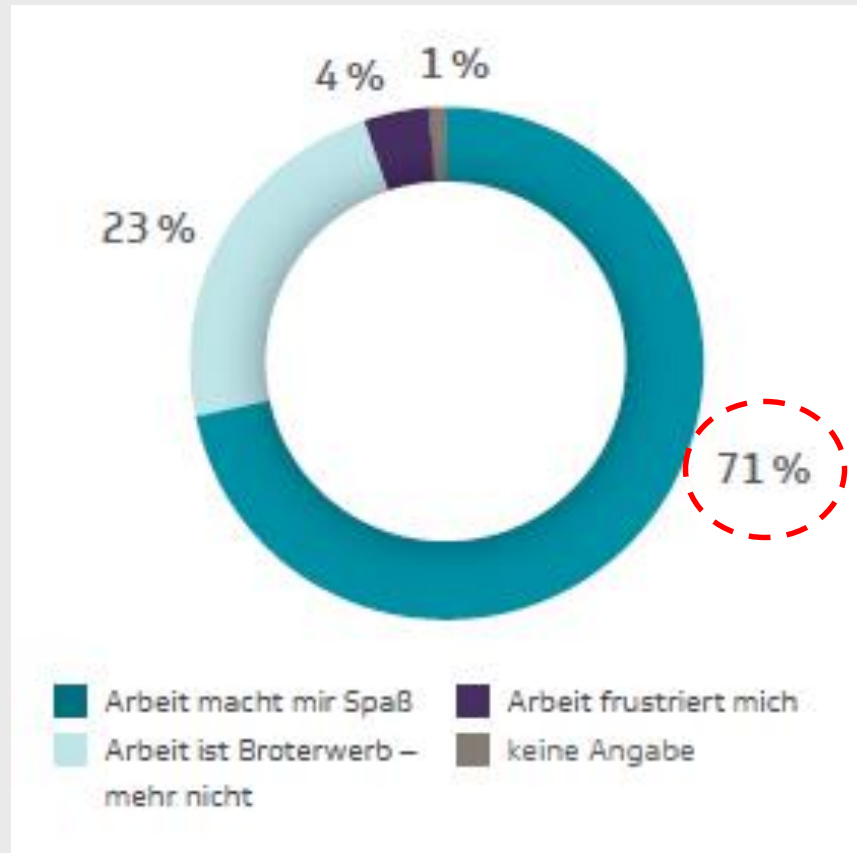
Stress-Dimensionen am Arbeitsplatz



Qualität des erlebten Stresses am Arbeitsplatz

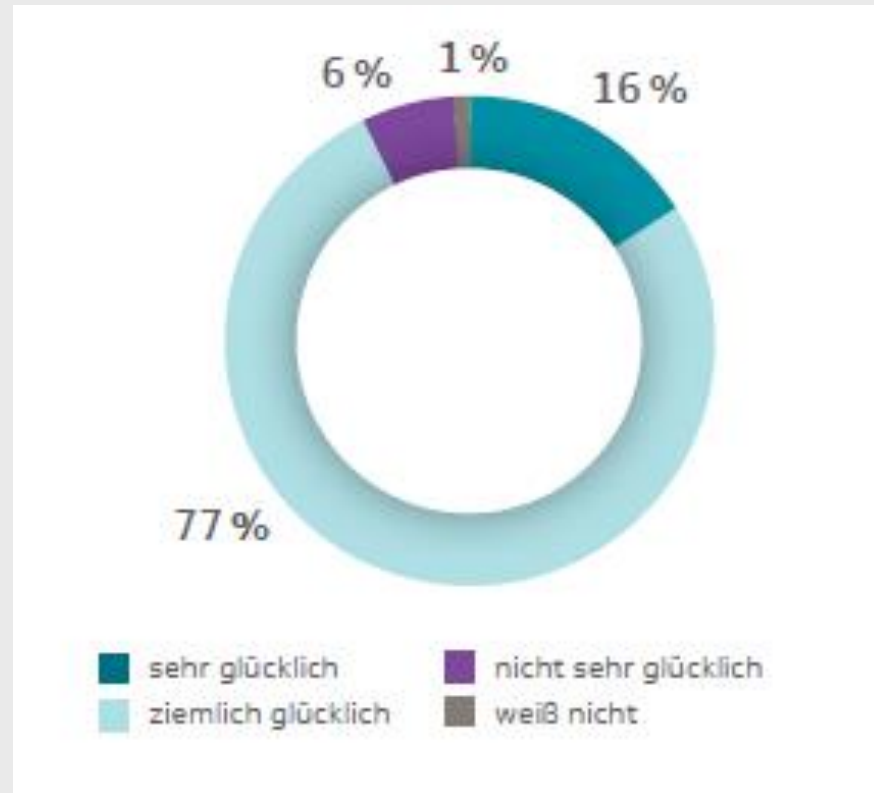


Erleben der Arbeit zwischen Spaß, Broterwerb und Frustration



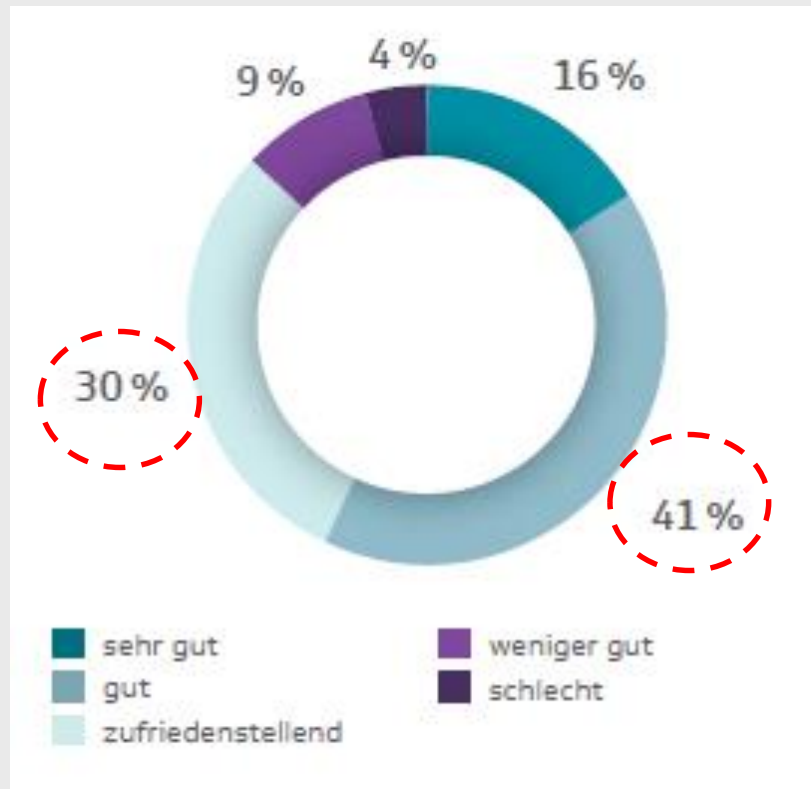
Stress-Studie 2016 der
Techniker Krankenkasse

Glücksempfinden der Deutschen



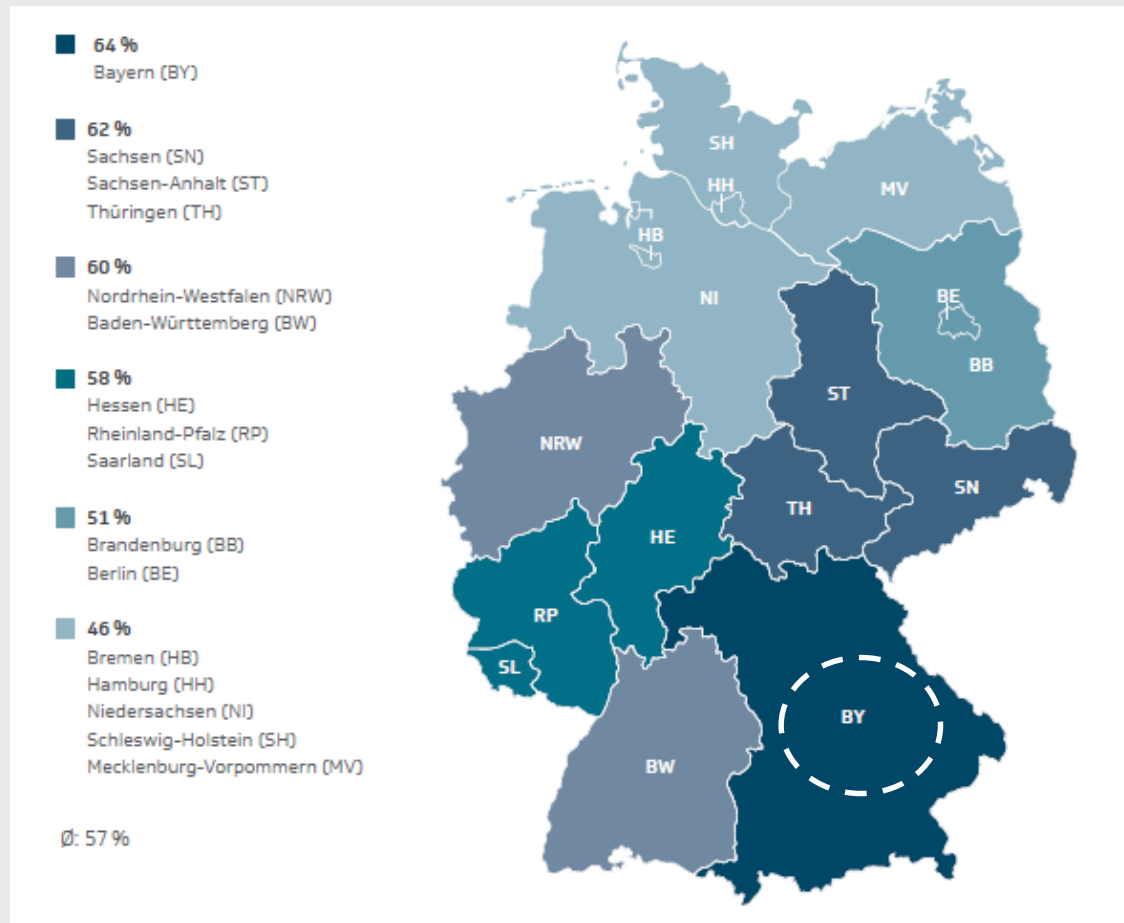
Stress-Studie 2016 der
Techniker Krankenkasse

Lebenszufriedenheit der Deutschen

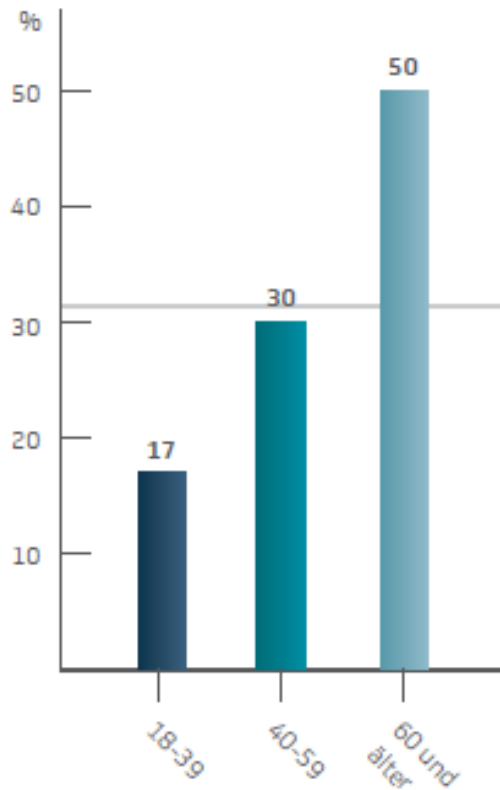


Stress-Studie 2016 der
Techniker Krankenkasse

Lebenszufriedenheit der Deutschen nach Bundesländern



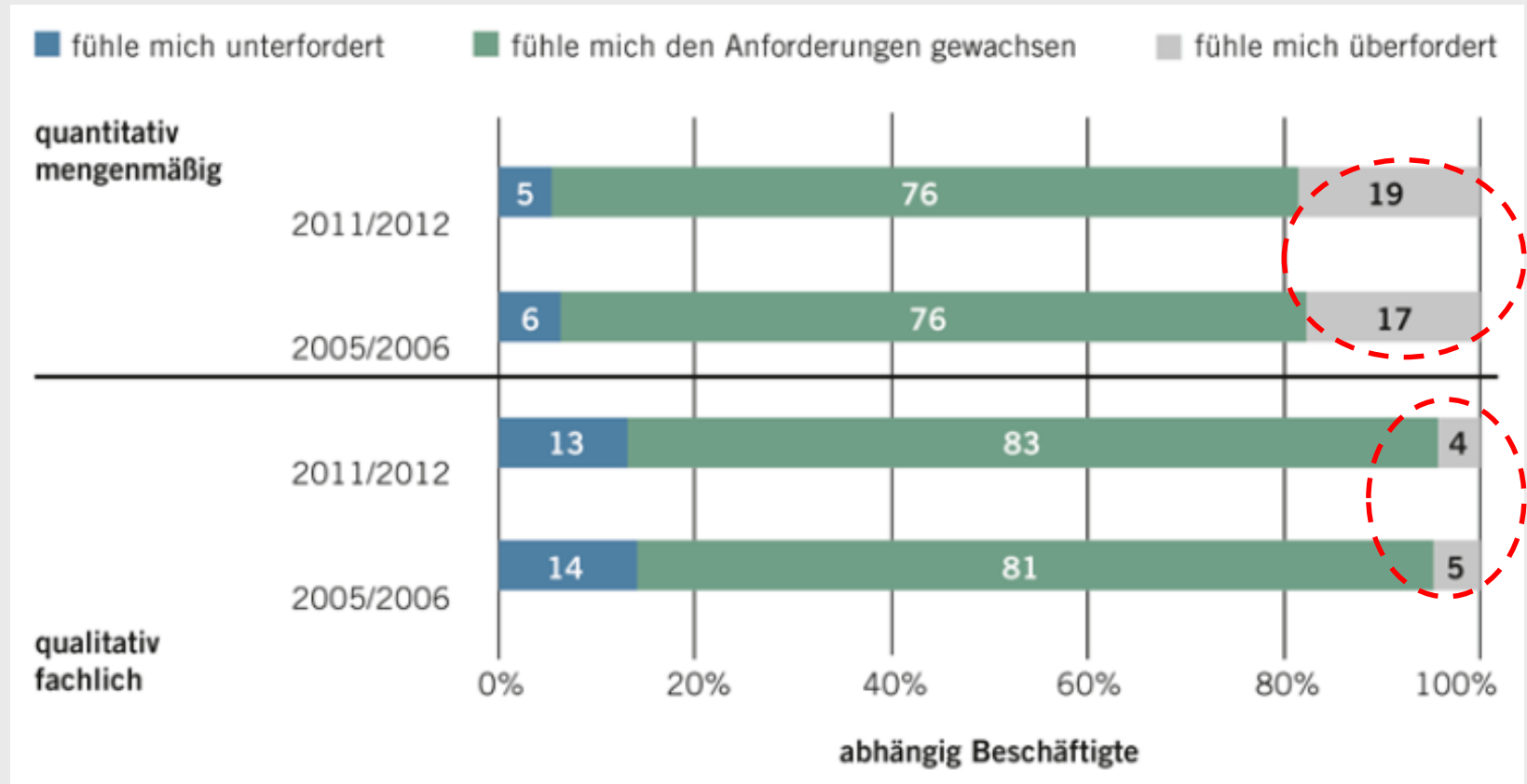
Wegen Stress-bezogener chronischer Beschwerden in Behandlung



— Ø: 32 %



Rate der stressbelasteten Arbeitnehmer



[Lohmann-Haislah 2012; N = 17.562]

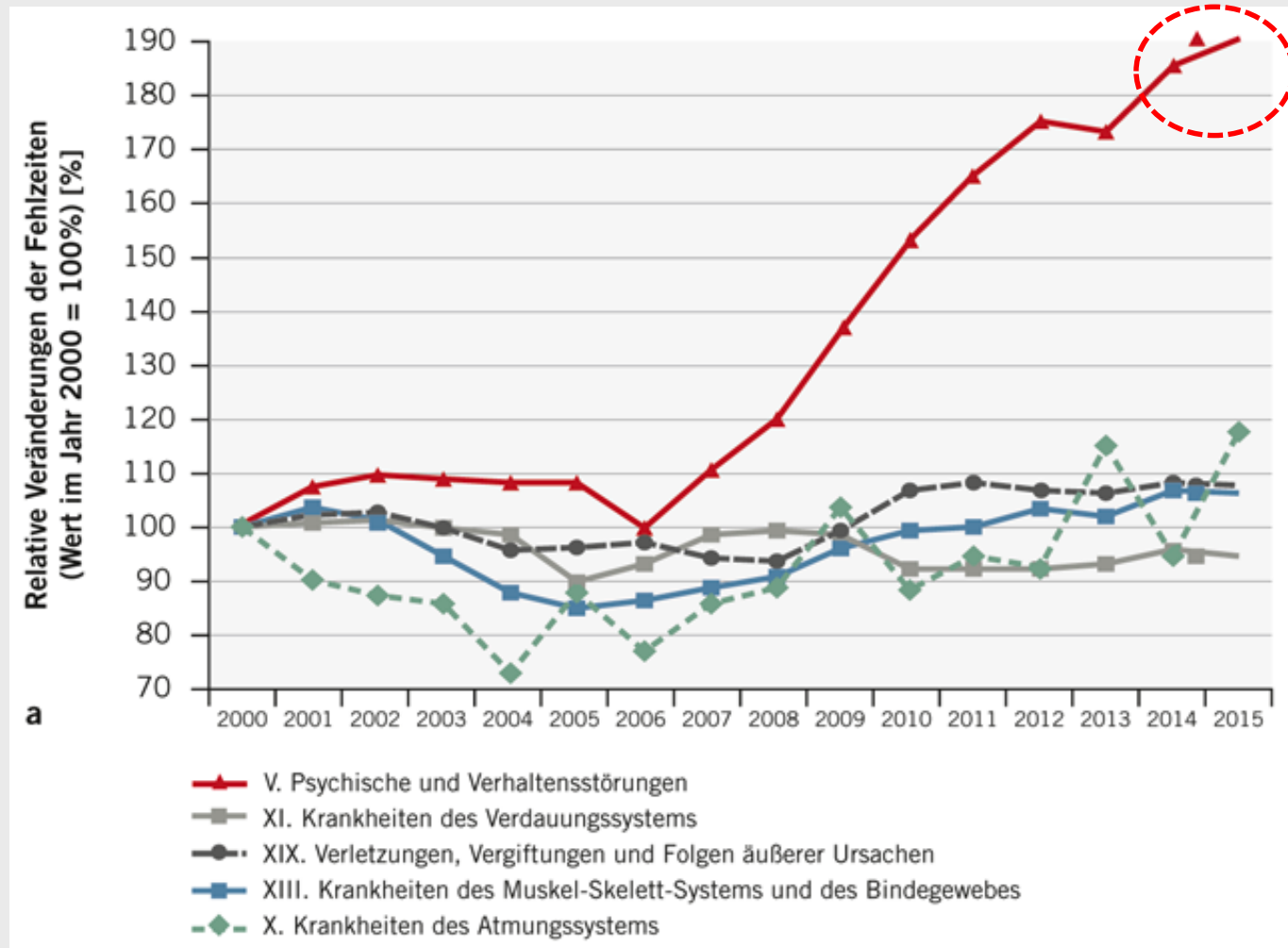
Wechseln wir die Methodik der empirischen Befundung: Ist gesundheitspolitischer Alarmismus angezeigt?



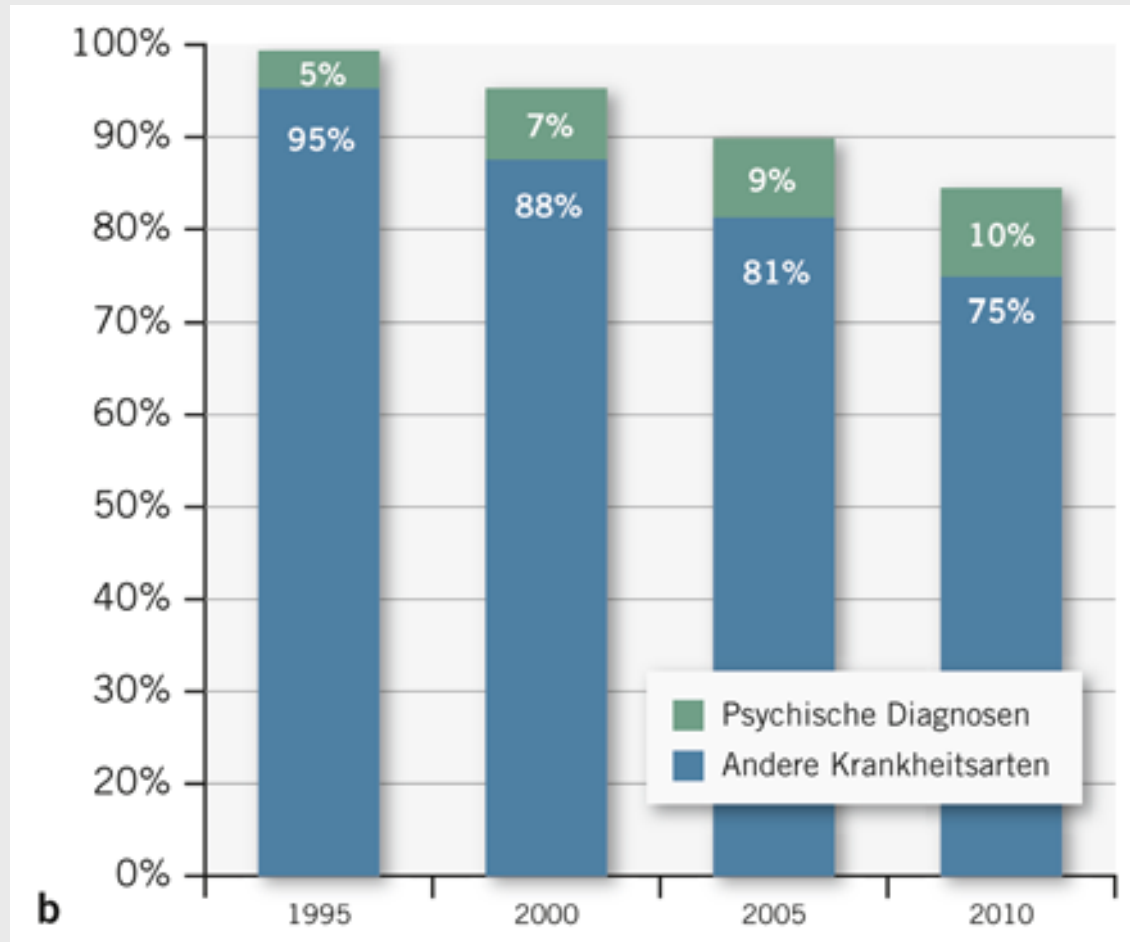
„Psychische Erkrankungen sind bereits an zweiter Stelle der Hauptursachen für Arbeitsunfähigkeit und somit für Ausfall und Krankenstand in Unternehmen gerückt. Viel gravierender ist aber die Entwicklung im Laufe der letzten 15 Jahre. So haben sämtliche andere Ursachen für Arbeitsunfähigkeit, wie z. B. Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, kaum bis gar keine Zunahme zu verzeichnen. Psychische Erkrankungen hingegen sind in den letzten 15 Jahren um 90 % angestiegen. Dies ist seit Jahren die auffälligste Entwicklung der Kennziffern der Krankenkassen und in höchstem Maße Besorgnis erregend“.

Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Rita Süßmuth (2017)
Präsidentin des Deutschen Bundestages a.D.
Bundesministerin a.D.

Relative Veränderungen der Fehlzeiten in relevanten ICD-Diagnosekapiteln – Berufstätige (standardisiert; Berufstätige TK 2000–2015)



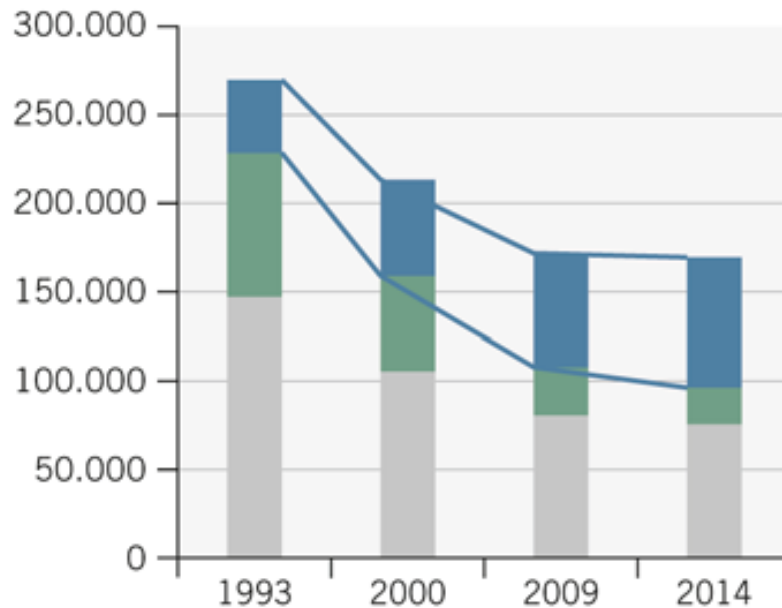
Sinken der AU-Tage 1995–2010 insgesamt sowie Anstieg des relativen Anteils an AU aufgrund psychischer Störungen



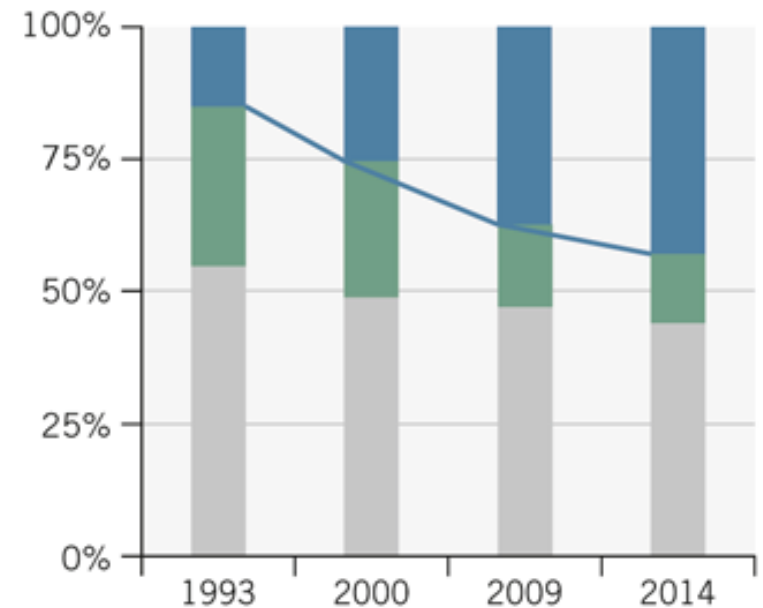
[Jacobi et al. 2012]

Anstieg der Frühberentungen aufgrund psychischer Störungen und Abnahme aufgrund somatischer Erkrankungen (a) absolut und (b) Veränderungen des relativen Anteils der Fälle

Anzahl Berentungen nach Diagnose



Relative Anteile der Diagnosen



■ aufgrund psychischer Störungen ■ aufgrund Krankheiten von des Muskel-Skelett-Systems ■ aufgrund aller anderer Diagnosen

Warum administrative Abrechnungsdaten problematisch sind!

- **Nicht-Inanspruchnehmer bleiben unberücksichtigt**
(bzw. „verschwinden“ in anderen Diagnosebereichen; außerdem: Beschränkung auf GKV)
- **Positive Zusammenhänge der Depressionsraten mit der Dichte an Hausärzten, Nervenärzten und Psychotherapeuten** (möglicher Diagnose-Bias: Prävalenzen sind auch vom vorhandenen Versorgungsangebot selbst abhängig)
- **Fragwürdige Validität/Reliabilität der Diagnostik: Übersehen und Fehlklassifizierung von Fällen – aber auch Gefahr des Über-Diagnostizierens** (ca. die Hälfte der Depressionsdiagnosen wird unspezifisch vergeben, 80% der unspezifischen Depressionsdiagnosen werden ausschließlich oder unter Beteiligung von Hausärzten gestellt; IGES 2012; Melchior et al. 2014)
- **Anfälligkeit für Variation aufgrund finanzieller Anreize**
(z.B. wurden im sog. Morbi-RSA zusätzliche Pauschalen für Patienten mit Depressionsdiagnose gewährt)
- **Fortführen von Diagnosen in EDV-gestützter Dokumentation**
(obwohl die Diagnosekriterien gar nicht mehr erfüllt sind)

Epidemiologische Studien – Beklagte Zunahme von psychischen Störungen gibt es nicht!

- **The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010:**

Verglichen mit 2005 [Wittchen u. Jacobi 2005] auch für 2010 festzustellen:
ca. 20 – 30% der europäischen Bevölkerung im arbeitsfähigen Alter (18 – 65 J)
im zurückliegenden Jahr: psychische Störung [klinische Diagnose – SCI]

- **Für Deutschland:**

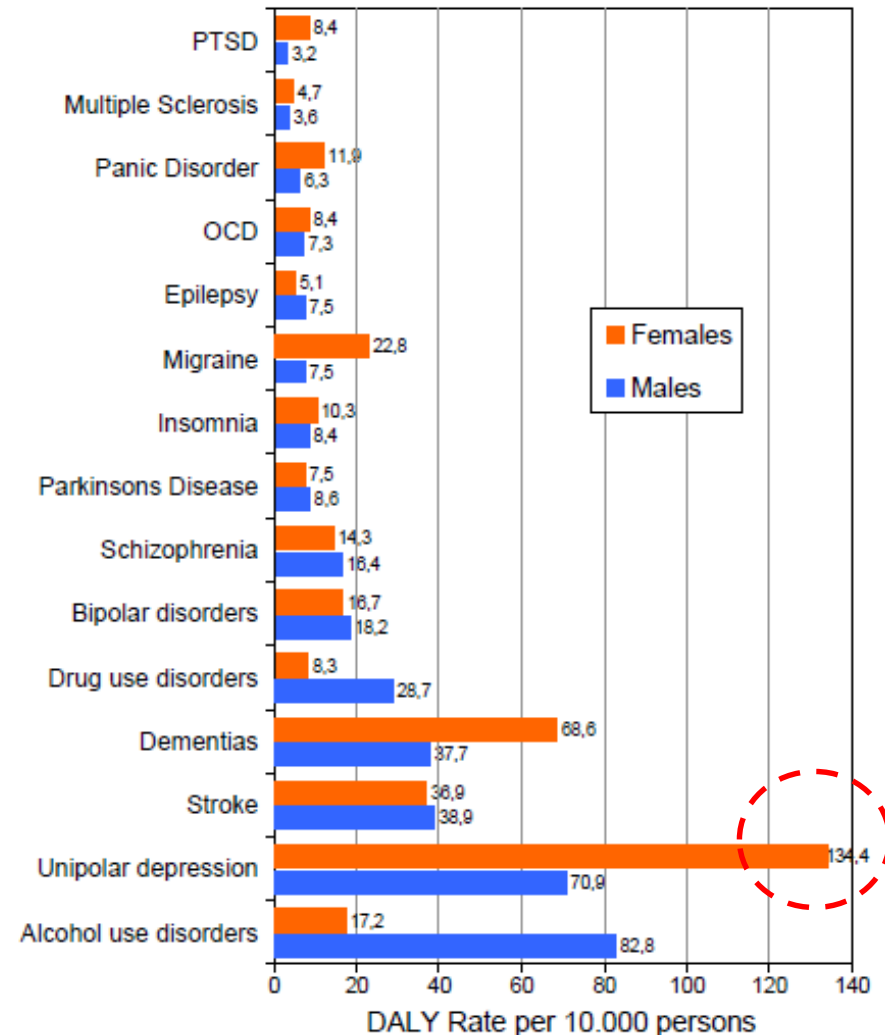
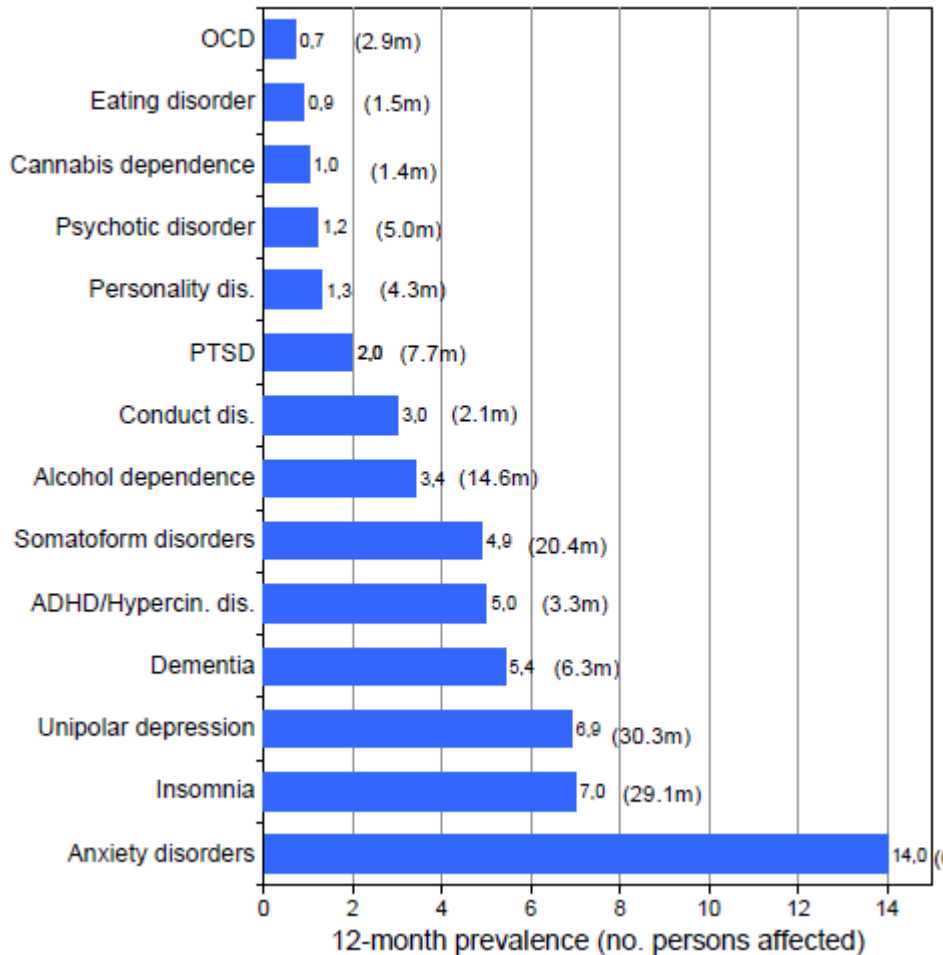
Vergleich aus „Bundesgesundheitsurvey – Zusatzmodul Psychische Störungen [GHS-MHS; Jacobi et al. 2004] und „Gesundheit Erwachsener – Zusatzmodul psychischen Gesundheit“ [DEGS1-MH; Jacobi et al. 2014]:
kein Hinweis für Zunahme in Altersgruppe 18–65 Jahre: **31,1% vs. 29,9%**

- **Allgemeine Bewertung:**

seit Mitte des 20. Jahrhunderts keine ernsthaften empirische Belege (trotz schwieriger konzeptueller/methodischer Probleme) für realen Anstieg psychischer Störungen/Krankheiten in der Bevölkerung [Richter & Berger 2013]

Beklagte Zunahme von psychischen Störungen gibt es nicht! [Wittchen et al. 2011]

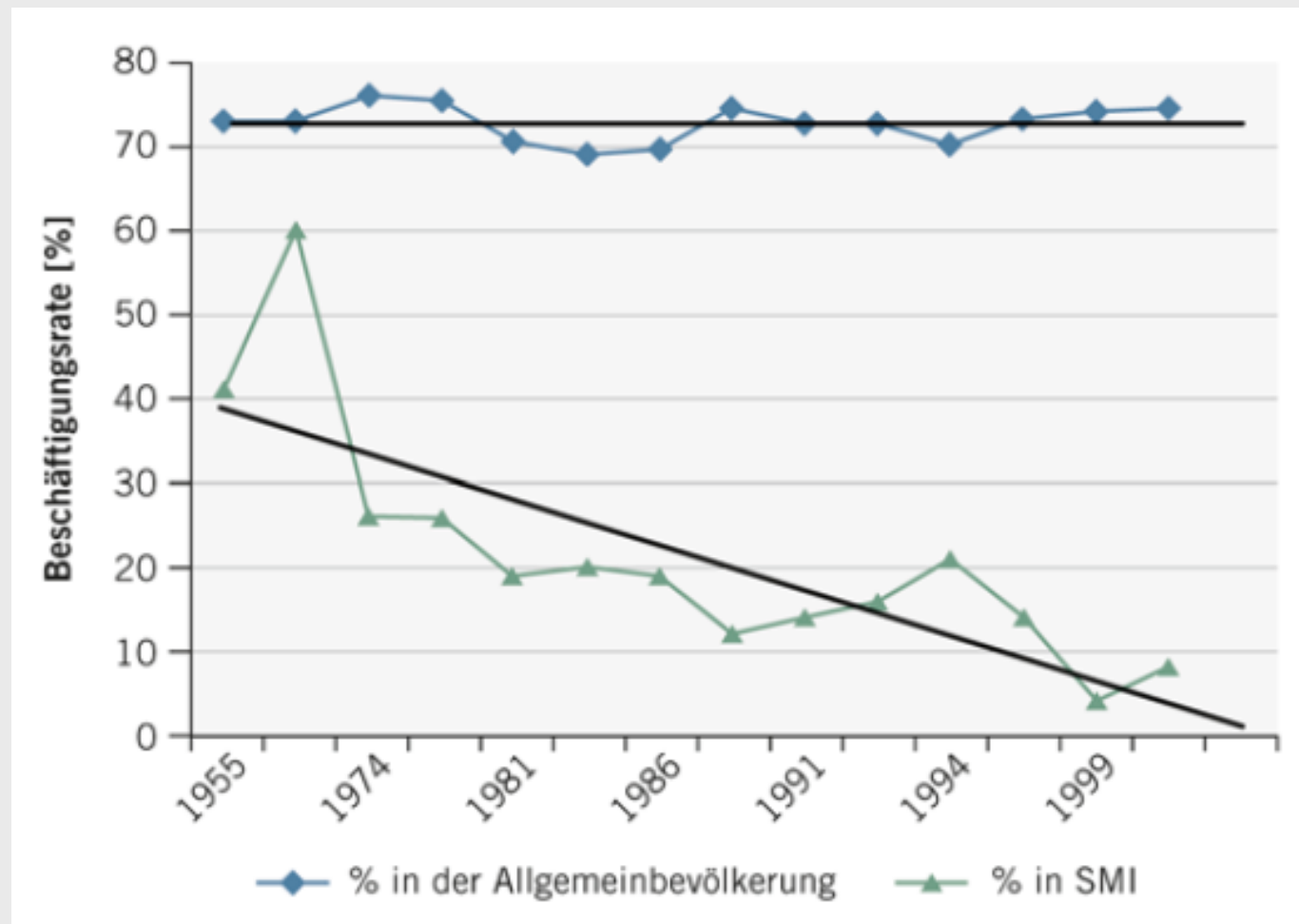
Mental Disorders by prevalence (and estimated number of persons affected in millions)



Warum haben wir trotzdem das Gefühl oder wollen gerne glauben, dass die heutige Gesellschaft uns häufiger psychisch krank macht?

- **Arbeitsbelastung als vermutete Ursache psychisch bedingter Krankheitszunahmen:**
plausibles Alltagserleben bestärkt durch kultursoziologische Analysen:
Leistungssteigerung, Arbeitsverdichtung, permanente Erreichbarkeit, Entgrenzung von Beruf und Freizeit, Email-Flut – Vorstellungen vom „guten“ / „richtigen Leben“
- **Befragungen nach gefühltem Stress – Zahl und Art der Fragen:**
differentielles subjektives Verständnis von Stress – Herausforderung – Überlastung – von Veränderungserleben – Ängstlichkeit – Depressivität – Angst- / depressive Störung – allgemeine/Gesundheits-bezogene Lebensqualität – Zufriedenheit mit psychischer Gesundheit
- **Zunehmende öffentliche Sensibilisierung für publizistische Themen von „Depression“:**
Awareness-Programme für Depression/Suizidalität“, (Teil-) Enttabuisierung, Entstigmatisierung, im Anlassfall: „doch lieber Burnout statt Depression“
- **Steigende Verordnungszahlen von Antidepressiva in der ärztlichen Versorgung:**
Unter- vs. Überverordnung; ärztliche Schulung/Weiterbildung: Indikationsgüte vs. korrekter Behandlungsbedarf; ärztliche Verordnung – „Compliance“; AD gegen „Erschöpfung“: ?
- **Arbeitsunfähigkeitsschreibung – Depression; Berufsunfähigkeit – Depression:**
ärztliche Diagnose „Depression“ – nur jeder 5. mit AU; „wer löst wem welche Probleme?“ AU bei „depressiver Störung“: Durchschnitt-ABV: niedrig; AU „depressiver Patient: hoch
- **Gesellschaft/Arbeitswelt macht krank vs. heutige Arbeitswelt und psychisch kranke Personen:**
vielleicht sind die Kausalzusammenhänge doch komplexer – und einiges ist beunruhigender

Anteil von Personen mit schwerwiegenden psychischen Störungen (SMI) am Arbeitsmarkt



[Marhawa & Johnson 2004]

Spezieller Fokus: Arbeitswelt und Gesundheit

**.. oder brauchen wir die
„Diagnose Burn-out“? ..**

Arbeit –Arbeitswelt – im Zentrum unseres psychosozialen Lebens als Erwachsene

- **Ausbildung – berufliche Qualifikation – Arbeit / Job:
zentraler psychosozialer Lebensbereich – psychosoziale Identität**
- **Existenzsicherung – Selbstverwirklichung – Beziehungspflege**
- **Selbstkonzept: Selbstwert – sozialer Status / soziale Anerkennung**

Belastungen am Arbeitsplatz

- **Veränderungen der Arbeitswelt: Globalisierung, Rationalisierung, Digitalisierung**
- **Veränderungen am Arbeitsplatz (quantitativ / qualitativ)**



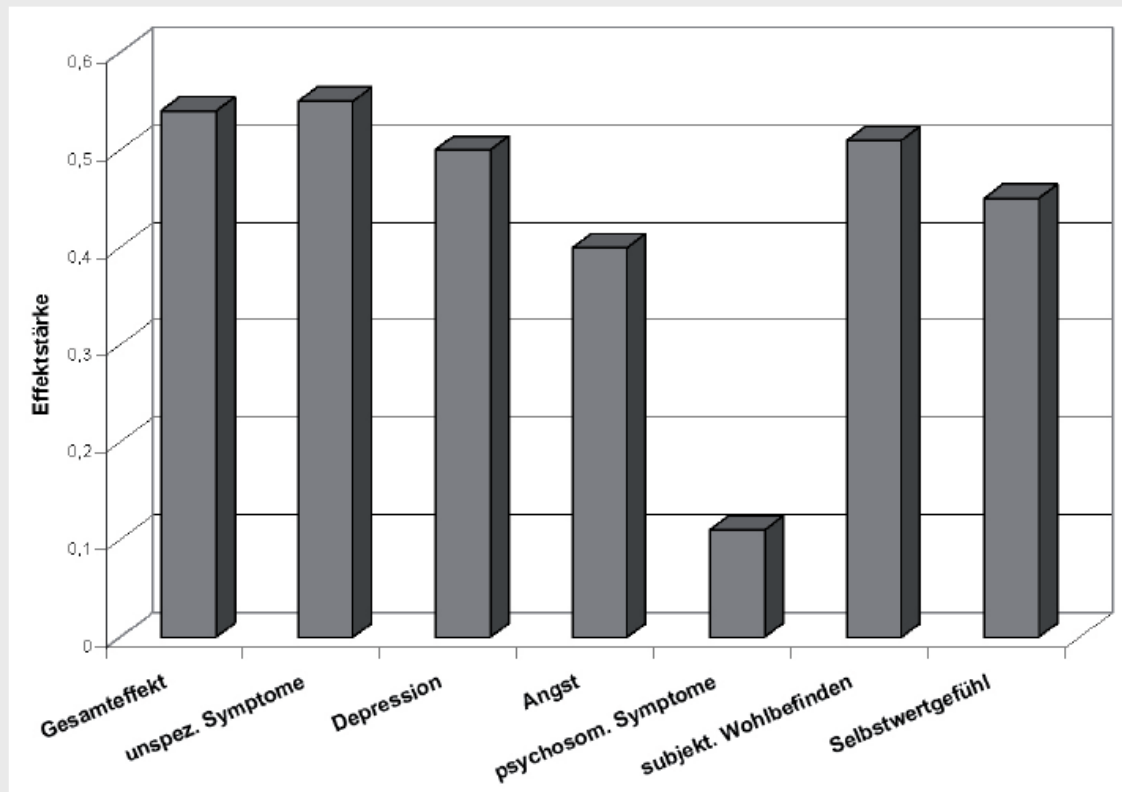
Arbeitslosigkeit und die Folgen

Verlust des Arbeitsplatzes: äußerst kritisches Lebensereignis

- Resignation und Apathie
- Aufgabe von Lebensplänen
- Existenzangst und Verzweiflung
- Sinnlosigkeit
- „Teufelskreis der Arbeitslosigkeit“

Verlust von sozialen Kontakten
Verlust der Tagesstruktur
Verlust der aktiven Gestaltungsfähigkeit
Veränderungen im Selbstkonzept:
- sinkender Selbstwert
- Scham / Beschämung
- Ungerechtigkeitsgefühl
- verringertes Wohlbefinden
- Verstimmung, Depression, Selbstaufgabe

Arbeitslosigkeit und Gesundheit – empirische Dimension



Paul et al. (2006) 6 Indikatoren psychischer Gesundheit: Metaanalyse über 237 internationale Querschnitts- und 87 Längsschnittstudien

„Arbeitsunsicherheit“ und die Folgen

Psychische Effekte von Arbeitsunsicherheit ähneln jenen der Arbeitslosigkeit

- Ankündigung von Stellenabbau = Vertrauensbruch =
- Distanzierung vom Unternehmen
- geringeres Engagement, Zunahme von Fehlzeiten
- erhöhtes Risiko des Arbeitsplatzverlustes

Ursprüngliche konzeptuelle Charakterisierung von Burnout

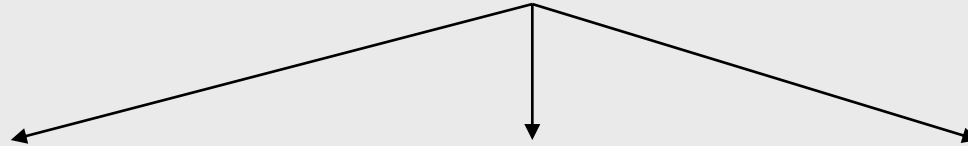
Konzept:

anhaltender Distress aus Missverhältnis
zwischen beruflichen Anforderungen und
eigenen Bewältigungsmöglichkeiten

- eine spezifische und sehr abgegrenzte Art emotionaler Erschöpfung
- der Verlust positiver Empfindungen
- der Verlust von Sympathie und Achtung für Klienten oder Patienten
beim professionellen Helfer

[Freudenberger HJ 1974]

Was ist ein Burnout – Syndrom?



Emotionale Erschöpfung (EE)

Müdigkeit (schon beim Gedanken an Arbeit)
chronische emotionale Erschöpfung
Arbeit frustriert, strengt an, fällt schwer
Schlaflosigkeit
Krankheitsanfälligkeit
diffuse körperliche Beschwerden

**Beziehung zur
eigenen Psychobiologie**

Depersonalisierung (DP)

Verlust des Interesse an Aufgabe
negative Gefühle für Patienten
emotionale Verhärtung
Kränkbarkeit
zynische, negative Einstellung
Vermeidung u. Rückzug
Reduzierung der Arbeit auf
Notwendigstes

**Beziehung zu
Klienten / Aufgaben**

Leistungsunzufriedenheit (SL)

sinkendes Vertrauen in Kompetenz
Insuffizienzgefühle
Unsicherheit über Qualifikation
Verlust des Erfolgsgefühls in Arbeit
Widerwillen

**Beziehung zur eigenen
Leistungsfähigkeit**

spezifischer Beschreibungskontext: Arbeitswelt
typischer Entwicklungsprozess
arbeitspsychologische Konzeptualisierung

[Maslach C. 1978]

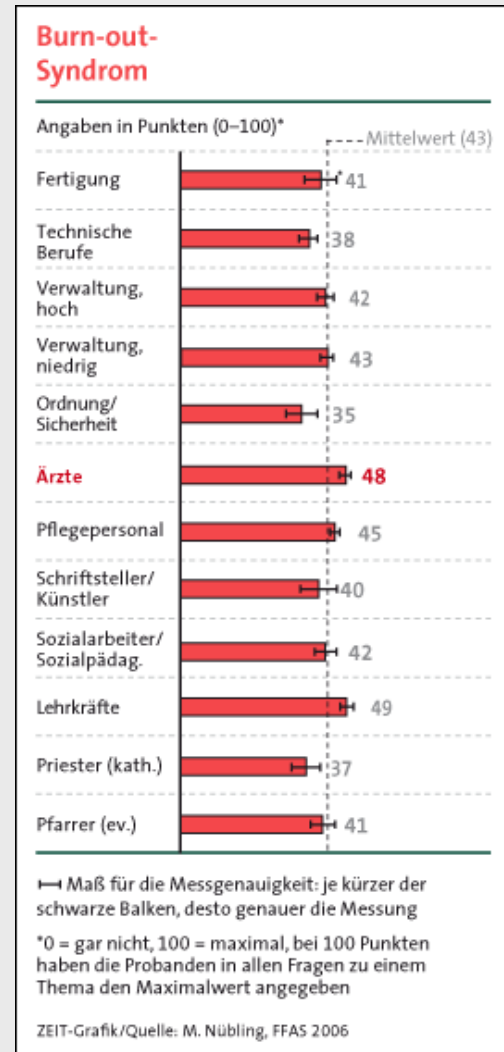
Burnout-Syndrom - Epidemiologie

➤ unklare Prävalenzraten

- divergierende Definitionen
- heterogene Methoden/Skalen
- unklare Stichproben

➤ Beispiele:

- Lehrberufe: bis ca. 30 %
- Arztberufe: ca. 50 %
- Pflegeberufe: ca. 30 – 40 %



Gesundheitsökonomische Konsequenzen

- Bedeutsame Subgruppe von Erwerbstätigen in unserer Gesellschaft signalisiert **relevante Beeinträchtigung ihres körperlichen und seelischen Wohlbefindens** und verknüpft diese in einem **laienätiologischen Selbstverständnis** mit **Bedingungen der Arbeitswelt**.
- Hiermit assoziierte **gesundheitspolitische Dimension**: für AOK-versicherte Arbeitnehmer **2010 im Durchschnitt 18,3 Tage Arbeitsunfähigkeit wegen eines „Burnout-Syndroms“** registriert wurden. Hochrechnung für 34 Mio. gesetzlich krankenversicherten Arbeitnehmer in Deutschland: **etwa 100.000 Personen mit >1,8 Mio. Fehltagen wegen dieser „Diagnose“ 2010 arbeitsunfähig** geschrieben

[Korczak D, Huber B 2012]

**Burnout-Diagnose:
ein Indikator für ein „Problem“,
ein Anlass zum Nachdenken**

Burnout im Kontext von Belastung und Coping

Anpassung: Balance zwischen Gesundheit und Krankheit

Arbeitssituation

- Anforderungen
- Stressoren

- Erwartungen von Kunden
- Anforderungen aus Arbeit
- Arbeitsklima (psychosozial)
- Interferenzen mit Familienleben
- Freizeitgestaltung
- praktisches Management

- fehlende Sozialkontakte
- berufliche/familiäre Überlastung
- finanzielle Probleme
- existentielle Bedrohung

Coping

Ressourcen

- intrinsisch: Persönlichkeit
- extrinsisch: soziales Netz

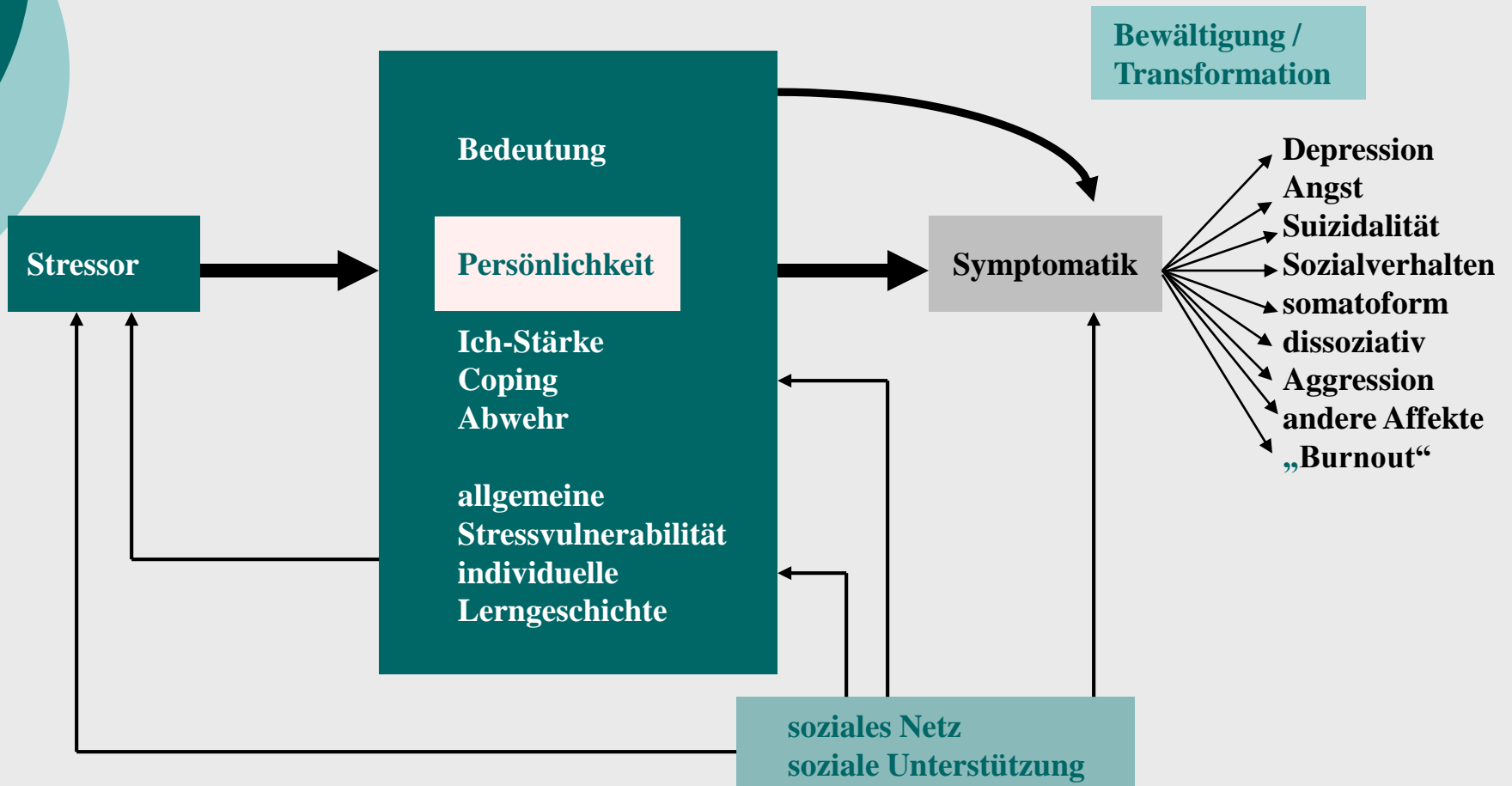
Persönlichkeit

- Vulnerabilitäten / Dispositionen
- Resilienzen / Stärken

- frühe negativ kritisierende Introjekte
- hohe Anforderungen/Erwartungen vs. niedrige Selbstwirksamkeit
- unbewusste Motive in Berufswahl
- bei Überlastung: ungünstige Stile der Bewältigung - Essen, Trinken, Schlafen

- narzisstische Vulnerabilität
- Verleugnungstendenz
- interaktionelle Konflikte
- emotionale Entfremdung

„Burnout-Risiko“ - Belastung – Bewältigung / Coping – Anpassungsstörung



Empirisch (arbeitspsychologisch) ermittelte Faktoren am Arbeitsplatz mit erhöhtem Burnout-Risiko

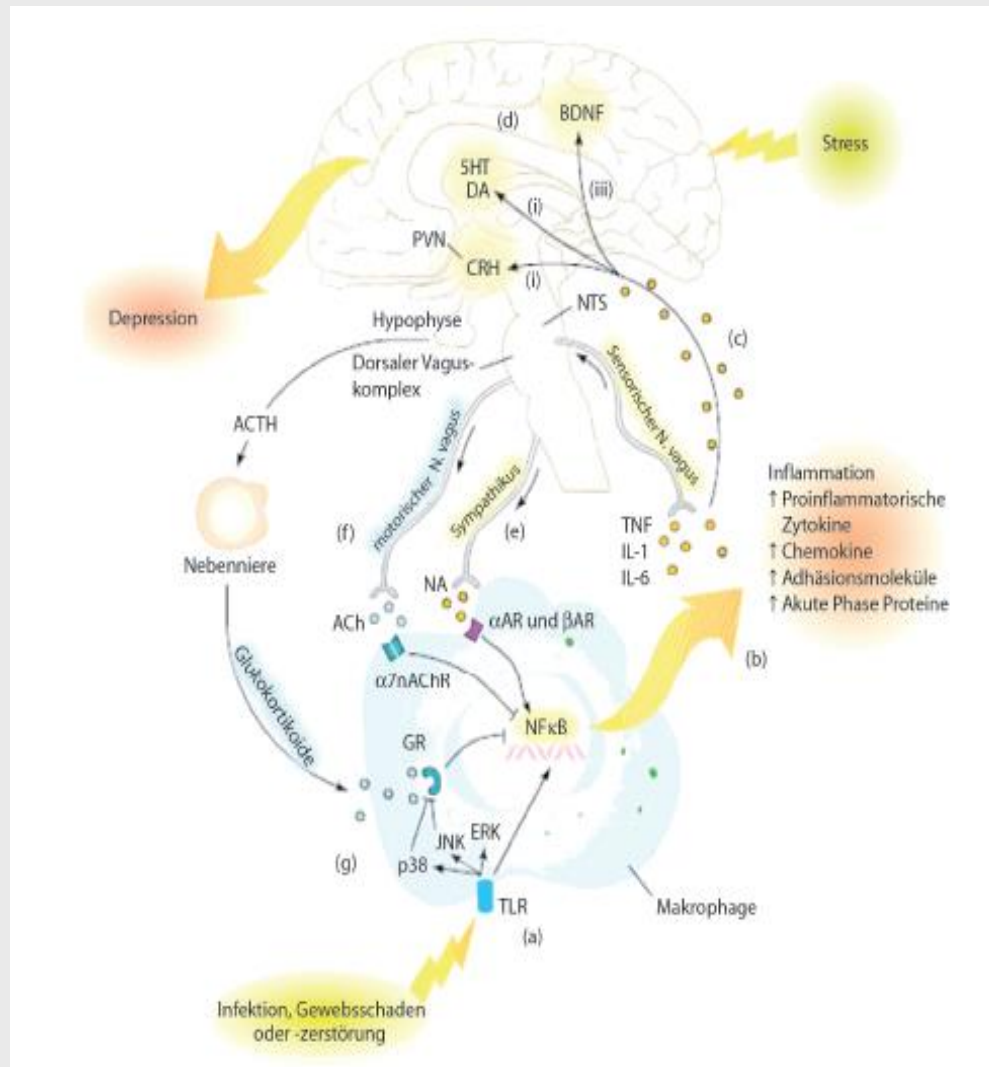
- **Überlastung:** Arbeitslast zu hoch
- **Machtlosigkeit:** mangelnde/fehlende Selbstbestimmung bei Arbeit
- **Fehlende Belohnung:** Mangel an positivem Feedback
- **Unfairness:** in Gruppe: Beförderung / Nicht-Beförderung
- **Fehlende Gemeinschaft:** Konkurrenz, fehlender Teamgeist, mangelnde Solidarität
- **Werteproblem:** mangelnder Stolz auf eigene Arbeit, Bedeutung, Sinn

[Maslach & Leiter 2015]

Psychopathologie und Psychodynamik der Überforderung

- **Berufsfindung**
 - Ausbildung – Temperament, Intelligenz, Begabung, Interesse:
 - Vertrauen, Autonomie, Initiative, Fleiß, Identität, Intimität
 - Experimentieren – Commitment: „Traum“ – „Realität“
- **Können/Wissen/
Reflexion/Empathie
Verantwortung**
 - Selbstwirksamkeit/Selbstwert/Schuld-Versagen-Beschämung
 - Sinnhaftigkeit/Bedeutsamkeit/Kontrollierbarkeit: Kohärenz
 - sich selbst / anderen / übernommenen Aufgaben gegenüber
- **Chronopathologien**
 - Leiden aus menschlichem Grundverhältnis zur Zeit**
 - begrenzte Lebenszeit – Organisation in Lebensphasen
 - Verhältnis von Engagement/Verausgabung – Erholung
 - innere Pflicht/inneres Ideal – soziale Konformität – Selbstoptimierung – Selbstausbeutung
 - Remanenz: schuldhaftes / beschämtes Zurückbleiben
 - Überforderung als Desynchronisierung: psychologisch - psychophysiologisch – psychosozial
 - Entlastungssehnsucht – Externalisierung in Ohnmacht

Gibt es eine Psychobiologie des Burnout -Syndroms? Ja, es ist die Psychobiologie chronischen Stresses!

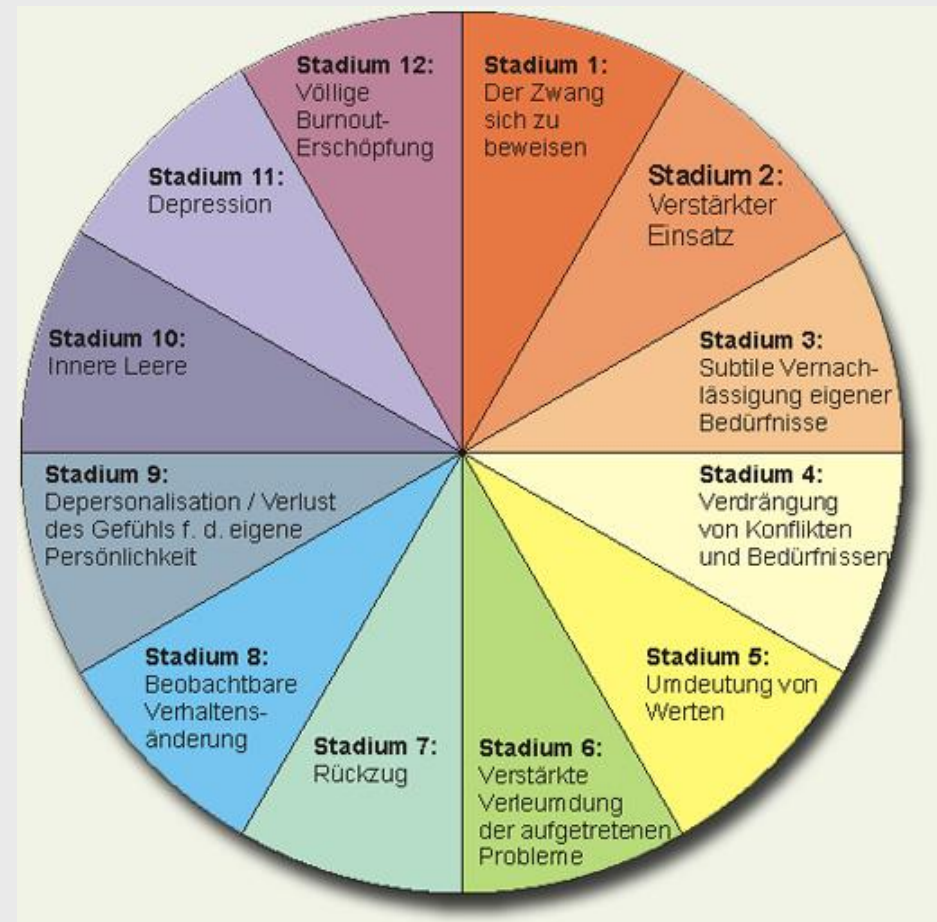


[Raison 2006]

Phasenhypothese in der Entwicklung des Burnout Syndroms – schaut so die Realität aus?

1. Idealismus und Überforderung
2. Emotionale Bilanz negativ
3. Depersonalisierung als Gegenmittel
4. Unzufriedenheit mit eigener Person
5. Widerwillen-Syndrom gegen alles
6. Zusammenbruch, Kündigung, Krankheit

Phasen nicht als empirisch gesicherte Abfolge von notwendig auf einander folgenden Entwicklungsstufen missverstehen !

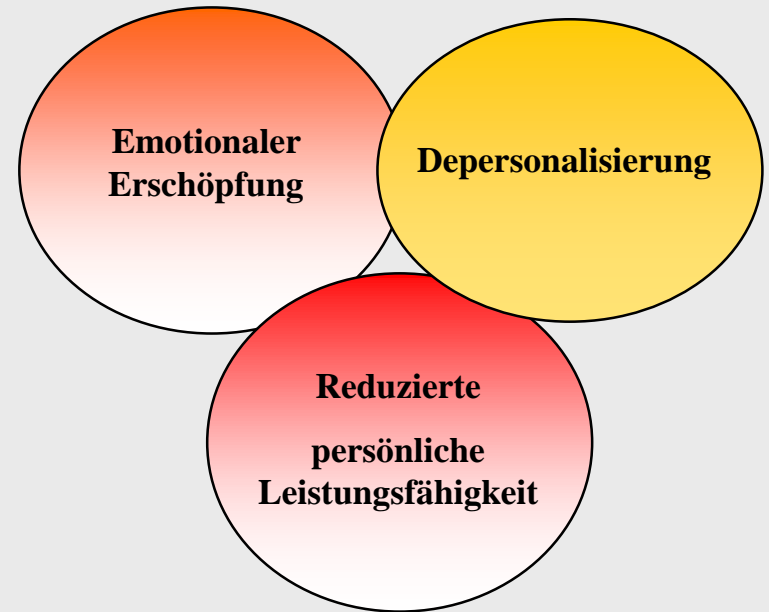


Burnout – Syndrom: Übersetzung der Symptomatologie in die medizinische Diagnostik

Leitsymptom:

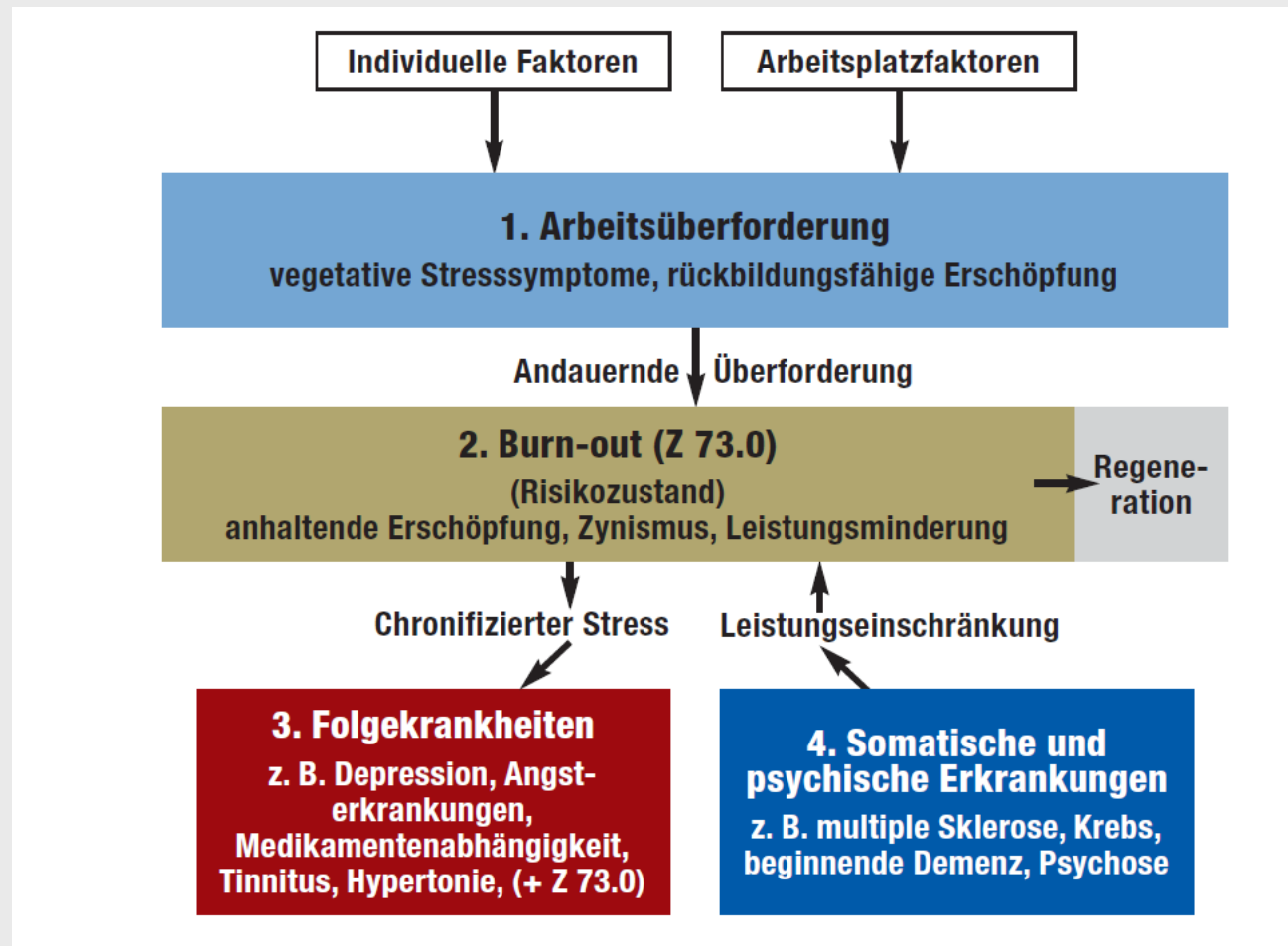
Erschöpfung, Müdigkeit

- +
- emotional
- kognitiv
- behavioral
- physiologisch
- psychosozial



Burnout: „Ausgebrannt sein“, „totale Erschöpfung“ – Z 73.0
Burnout: keine Diagnose, aber einer erhöhter Risikoindikator
Kriterium der Erholungsfähigkeit

Burnout – Syndrom: Übersetzung der Symptomatologie in die medizinische Diagnostik



Differentialdiagnose „chronischer Erschöpfung“

- Depressive Störungen
- Angststörungen
- Somatoforme Störungen
- Persönlichkeitsstörungen

- Anämie, Eisenmangel
- Diabetes mellitus
- Hypothyreose
- Obstruktive Schlafapnoe, COPD
- Herz-, Nierenerkrankungen
- Systemische Entzündungen
- ZNS-Erkrankungen
- Maligne Erkrankungen
- Medikamente, „Substanzen“

Wenn ein chronischer Erschöpfungszustand diagnostisch korrekt erkannt werden kann, dann sollte man ihn auch fachgerecht behandeln!

Strategien gegen Burnout

Biopsychosoziale Integrität

Familie

Freunde

Soziales

Umfeld

„Ich“

**Beruf
Karriere**

Work – Life – Balance

Möglichkeiten der Interventionen

Ärztliche Untersuchung

**Prävention
frühe Phasen –
Betrieb / Firma**

- Reflexion
- Ziele
- Lösungen
- Maßnahmen

Coaching

- Einzel
- Gruppe/Team
- Firma

**Behandlung
fortgeschrittenes
Burnout –
Allgemein-/
Facharzt**

Ärztliche Untersuchung

Medizinische Behandlung / Beratung

Coaching, Psychotherapie, Psychopharmaka

Therapeutische Schritte bei Burn-Out

- Erkennen, Klären und Anerkennen
- Informationsvermittlung (Psychoeduktion)
- Entlastung, aber keine längerfristige Krankschreibung ohne Therapiekonzept
- gezielte Behandlung von beeinträchtigenden Symptomen (psychopharmakologisch)
- Förderung der Erholungsfähigkeit: Entspannungstechniken, gestufte Aktivierung und Sport, Verbesserung der Körperwahrnehmung
- Analyse des Problems von BO im biopsychosozialen Krankheitsmodell:
 - innere Ursachen (Stärken u. Vulnerabilitäten):
 - zentrale Ängste, Konflikte, emotionale Kompetenz, Selbstmanagement
 - Fähigkeit zu Selbstwahrnehmung, Selbstmotivation, Stressmanagement
 - Beziehungsmanagement, soziale Kompetenz, Empathiefähigkeit
 - fachliche Defizite (z.B. fehlende / mangelhafte Ausbildung etc.)
 - äußere Ursachen (Meso-, Mikrolevel)

**eventuell fachspezifische psychiatrische,
psychotherapeutische oder psychosomatische Therapie**

Langzeit-Interventionen (Stress-Level ↓)

- Ernährung
- Entspannungsübungen
- Bewegung
- Vermittlung kognitiv-verhaltens-bezogener Fähigkeiten
- Mentales Training
- Achtsamkeit - Resonanz

Arbeit ist zentral im Erwachsenenleben, aber vermutlich nicht alles



Bilanz und Balance