

**Burn-out-Syndrom -
erkennen und verhindern**

Steinwachs KC

Blickpunkt der Mann 2009; 7

(Sonderheft 1), 18-19

Homepage:

www.kup.at/dermann

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

**Krause & Pachernegg GmbH
Verlag für Medizin und Wirtschaft
A-3003 Gablitz**

Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf
Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Burn-out-Syndrom – erkennen und verhindern

K. C. Steinwachs

■ Einleitung

Der Begriff Burn-out tauchte erstmalig in den 1960er Jahren in der Literatur auf und fand in den 1970er Jahren Eingang in die Medizin. In den folgenden Jahren wurde er in die Umgangs- und Alltagssprache aufgenommen und auf immer mehr Bereiche übertragen. Ursprünglich beschreibt „Burn-out“ das Ausgebranntsein bei Psychotherapeuten, die bis zu 16 Stunden täglich mit Klienten arbeiten. Burn-out steht für das Gefühl, ausgebrannt zu sein bei einer Arbeit, die zunächst von den Betroffenen als sinnstiftend und erfüllend erlebt wurde, z. B. bei Psychotherapeuten. Der Begriff wurde dann auf andere soziale Berufe wie Psychiater, Sozialarbeiter und Mediziner übertragen. Mittlerweile wird er immer allgemeiner auf höher qualifizierte Berufe übertragen (Krankenpfleger und Lehrer).

Aus methodischer Sicht wird das Konzept des Burn-out-Syndroms kontrovers diskutiert. Hingegen findet der Begriff in der Bevölkerung zunehmende Verbreitung. Dabei ersetzt er früher häufig verwendete Begriffe, die mit Arbeit, Stress und körperlichen Missempfindungen zu tun haben, wie die Neurasthenie oder eine allgemeine psychovegetative Labilität.

Der Begriff Burn-out scheint besser in die Leistungsgesellschaft zu passen und wird vom Patienten weniger stigmatisierend erlebt als die Diagnose Depression. Wer ein Burn-out-Syndrom hat, hat es sich verdient, weil er über die Maßen Leistung gezeigt hat und diese hohe Leistung Ursache seiner Erschöpfung ist, die – wieder laienhaft ausgedrückt – mit Urlaub, Kur und Wellness zu behandeln ist. Dieser Kurzschluss mag für die Gruppe der Therapeuten, die mit Patienten arbeiten, auch Gültigkeit haben, der Übertrag auf alle anderen Berufsgruppen mit hoher Arbeitsbelastung ist nicht immer einfach nachzuziehen.

■ Diagnostischer Gang

Kernsyndrom des Burn-out-Syndroms ist Distress durch Überarbeitung. Dem Autonomiepostulat des Konstruktes

folgend fasst es auf der einen Seite klinische Symptome zusammen und beinhaltet auf der anderen Seite einen ätiologischen Aspekt (Überarbeitung im Beruf). Ausgehend von diesen beiden wichtigen Punkten lässt es sich von anderen Konstrukten trennen, wie Neurotizismus, Depression, Stress und Arbeitsunzufriedenheit.

Differenzialdiagnostisch sind Veränderungen der Befindlichkeit von Wechseljahresbeschwerden und einer Krise der Lebensmitte abzugrenzen. Dem Konstrukt Burn-out folgend gibt es keine strenge Altersbindung, es kann im jungen Erwachsenenalter und in der zweiten Lebenshälfte gleichermaßen vorkommen, wohingegen Wechseljahresbeschwerden, Depression und das Mowdort Mobbing sich auf das vierte und fünfte Lebensjahrzehnt konzentrieren. Im Unterschied dazu nimmt die Definition des Burn-out-Syndroms Bezug auf die Arbeitsüberlastung durch emotionale Arbeit mit Patienten und Klienten. Dabei ist die Konstruktbildung und Definition nicht abgeschlossen.

■ Erhebungsinstrumente

Symptome des Burn-out-Syndroms lassen sich mit Hilfe des „Maslach-Burn-out Inventory“ erfassen: „Ich fühle mich von meiner Arbeit ausgeleugt. Ich glaube, ich behandle meine Klienten, als ob sie Objekte sind. Den ganzen Tag mit Leuten zu arbeiten ist wirklich eine Strapaze.“ (Beispiele der Fragen).

Die Schwere der Symptomatik lässt sich auch über die Tedium-Skala (Überdruss-Skala) erfassen. Aus der Sicht diagnostischer Standards (z. B. diagnostische Manuale ICD-10 oder DSM-IV) ist der Begriff des Burn-out entbehrlich, da er sich in der ICD-10 über die Abschnitte F und die Kapitel 11 hinreichend definieren und beschreiben lässt. Burn-out-Syndrom wird hier als depressive Erkrankung (F32.1) in Verbindung mit einem Erschöpfungssyndrom (Z73.0) diagnostisch eingeordnet.

■ Differenzialdiagnose

Bei der Differenzialdiagnose Burn-out-Syndrom versus Depression spricht für eine Depression: traurig gedrückte Stimmung über 14 Tage, Lustlosigkeit, Freudlosigkeit, Schuldgefühle, Suizidgedanken, frühes Erwachen in der Nacht. Bei einem Burn-out-Syndrom besteht klinisch die Notwendigkeit, eine organisch-affektive Störung abzugrenzen. Solche Störungen haben als Leitsymptom: kognitive Störungen, Konzentrationsstörungen und Affektstörungen im Sinne einer reizbaren Schwäche. Organische Störungen können durch Hirnerkrankungen ausgelöst werden (Hirnfarkt, Hirnatrophie, beginnende Demenz) oder indirekt durch Störungen der Hirnaktivität durch metabolische Entgleisung (Delir) bei Niereninsuffizienz, Diabetes mellitus oder COPD.

Ebenso führen endokrine Störungen zu psychischen Veränderungen, die dem Bild einer organischen psychischen Störung gleichen, z. B. Hypo- und Hyperthyreose, Kortisonmangel, menopausale Syndrome oder die Wechseljahre des Mannes.

Im Unterschied dazu setzt ein Burn-out-Syndrom im strengen Sinne voraus, dass eine hohe Arbeitszufriedenheit vorhanden ist, dass Konflikte am Arbeitsplatz fehlen, dass man bei vorhandener Begabung und Leistungsfähigkeit eben diese Symptome bekommen muss, weil man sich altruistisch verausgabt hat, weil man Leistungsträger ist. Hingegen gilt eine Diagnose Depression als stigmatisierend, meist durch Passivität selbst verursacht und wird daher von den Patienten gemieden.

Gerade Männer nehmen den Begriff Wechseljahresbeschwerden höchst selten in den Mund und schweigen lieber über Veränderungen, die sie im Bereich der Geschlechterbeziehung, der Sexualität und des Urogenitaltrakts im mittleren Leben an sich feststellen. Bei der Differenzialdiagnose ist es wichtig, dass beim Burn-out-Syndrom primär eine hohe Arbeitszufriedenheit vorhanden war und der Patient diese auch wieder erreichen will. Bei den Wechseljahres-

beschwerden stehen die organischen Symptome im Bereich des Urogenitaltrakts als Leitsymptom im Vordergrund. In unzutreffender Weise wird das Burn-out-Syndrom bei Arbeitsunzufriedenheit, frühzeitigem Rentenbegehren und Angst vor der Arbeit als Rechtfertigung benutzt („Wer viel gearbeitet hat, der hat auch seine Rente verdient“).

Dabei erfährt der Begriff Burn-out-Syndrom eine Ausweitung aus der Arbeitswelt heraus hin zum Bereich der Lebenszufriedenheit und Selbstverwirklichung insbesondere in der Lebensmitte – in einer Zeit der Umbrüche. Hierbei ergeben sich Beziehungen zum Konzept des Narzissmus, demzufolge der Mensch im Laufe seines Erwachsen- und dann Älterwerdens Verletzungen und Kränkungen erleben wird, die er entweder kompetent bewältigt und seine Lebenszufriedenheit bewahrt, oder als Verletzung und Herabstufung erlebt und sich Distress-Symptome mit körperlichen Beschwerden entwickeln. Zum Narzissmuskonzept gehören dann kompensato-

rische Handlungen, Partnerwechsel, Berufswechsel, Aussteigen aus der Zivilisation, Veränderungen des Lebensstils und Befriedigung von kurzfristigen, das Befinden verbessernden Wünschen.

■ Therapieansatz

Ausgehend von Überlastung und Distress ist beim Burn-out-Syndrom ein persönliches Energiesparprogramm angesagt, bei dem wieder die innere Balance gefunden werden soll. Die Maßnahmen reichen von Wellnessangeboten bis hin zu unterschiedlichen Psychotherapietechniken und Entspannungsübungen. Ein verbessertes Zeit- und Selbstmanagement stellt ein Ziel der Therapie dar. Frustration soll weichen und der Flow bei der Arbeit wiedererlangt werden. Häufig beginnen Lebenskrisen mit Burn-out-Symptomatik und wachsen sich zu Depressionen aus, die eine fachgerechte psychiatrische Behandlung mit Antidepressiva erforderlich machen. Stehen Veränderungen der Persönlichkeit im Sinne des Narzissmus-

problems im Vordergrund, ist eine gezielte Psychotherapie über einen ausreichend langen Zeitraum erforderlich. Nicht vergessen werden sollte der psychoedukative Wert einer umfassenden Aufklärung des Patienten über die psychologischen und physiologischen Veränderungen des Übergangs in das zweite Erwachsenenalter.

Entwicklungspsychologisch handelt es sich um einen Übergang mit Geburtswehen in einen neuen Lebensabschnitt, in dem in der Regel die Lebenszufriedenheit höher ist als in dem vorherigen.

Korrespondenzadresse:

*PD Dr. Klaus-Christian Steinwachs
Institut für Psychogerontologie
Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg
D-91052 Erlangen
Nägelsbachstraße 25
E-Mail:
steinwachs@t-online.de*

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)