

Interdisziplinäre Fortbildungsreihe Universitätsspital Zürich:

Burn-out: «Fördern Sie das Positive, Hedonistische!»

Thomas Ferber

Es gibt gemäss Matthias Burisch, Hamburg, rund fünfzig verschiedene Definitionen des Burn-out-Syndroms. Deshalb ist eine definitorische Abgrenzung gegenüber anderen psychischen Leiden schwierig. Trotzdem lohnt sich eine Eingrenzung, denn das Leiden kann behandelt werden.

Das Thema Burn-out sei gegenwärtig in aller Munde, sagten die Initianten der Tagung «Burn-out-Syndrom in der klinischen Praxis: Diagnose, Therapie, Rehabilitation» vom 9. November. Die Tagung fand im Rahmen der interdisziplinären Fortbildungsreihe im Universitätsspital Zürich statt. Organisiert wurde sie von Wulf Rössler, Klinikdirektor an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, in Kooperation mit Lundbeck (Schweiz) AG und unter Schirmherrschaft von Swiss Burn-out.

Wenn Menschen ein schwereres Burn-out-Syndrom entwickeln, sind sie häufig nicht mehr am Arbeitsplatz anzutreffen. Sie wenden sich mit ihren Beschwerden, vordergründig oft auch somatischer Natur, an ihren behandelnden Arzt.

Emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung, Leistungsreduktion

Gemäss Beate Schulze, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, bemerkte der New Yorker Psychiater Herbert Freudenberger in den Siebzigerjahren bei Kollegen, die wie er mit grossem Engagement als freiwillige Helfer in einer Anlaufstelle für Drogenab-

hängige arbeiteten, zunehmende Erschöpfung, eine distanzierte, zynische Einstellung gegenüber den Nutzern der Beratungsstelle und eine negative Wahrnehmung der eigenen Arbeitsleistung.

Christina Maslach, Sozialpsychologin im kalifornischen Berkeley, untersuchte beinahe zeitgleich, wie Menschen in Gesundheits- und anderen sozialen Berufen mit emotionalen Belastungen umgehen. Dabei interessierte sie sich vor allem für kognitive Strategien zur Aufrechterhaltung der professionellen Distanz (detached concern). In ihren Interviews wurde deutlich, dass viele der Befragten Schwierigkeiten dabei erlebten, dieses Ideal in die Praxis umzusetzen. Es fanden sich drei Themen, die Freudenbergers Beobachtungen bestätigen und die bis heute den Burn-out-Begriff prägen:

1. Emotionale Erschöpfung: Die Befragten schilderten das Gefühl, emotional ausgelaugt zu sein und nicht mehr mitzufühlen.
2. Depersonalisierung: Die interviewten Fachpersonen entwickelten eine negative Wahrnehmung und negative Gefühle gegenüber ihren Klienten.

3. Reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit: Im Ergebnis der emotionalen Belastungen erlebten viele Kliniker eine Krise hinsichtlich ihrer professionellen Kompetenz.

Die Konfrontation mit menschlichem Leid und die hohen emotionalen Anforderungen in therapeutischen Beziehungen wurden als Hauptursachen für ein Burn-out ausgemacht. Auch wenn andere Stressreaktionen ähnlich schädliche Auswirkungen haben, das unterscheidende Merkmal von Burn-out ist für Maslach, dass hier der Stress im Ergebnis sozialer Interaktionen zwischen Helfern und ihren Klienten entsteht. Zahlreiche Studien zu Risikofaktoren für ein Burn-out in den Neunzigerjahren bestätigen gemäss Schulze diese Annahme: «Die Arbeit mit Klienten zählt zu den Faktoren, die ein Ausbrennen im Beruf zu begünstigen scheinen.» Gleichzeitig stellen ein steigender Bedarf an psychiatrischen Versorgungsleistungen sowie ein erhöhter Kostendruck im Gesundheitswesen Psychiaterinnen und Psychiater vor neue Herausforderungen. Doch wie sehen dies die Angesprochenen selbst?

Zürcher Empowerment-Programm – Studie zu Burn-out in der Psychiatrie

Mit dieser Fragestellung wurde an der Psychiatrischen Universitätsklinik in Zürich ein spezifisches Interventionsprogramm zur Unterstützung psychiatrischer Fachpersonen beim Umgang mit Stress und Belastungen entwickelt – das Zürcher Empowerment-Programm. Um das Programm auf den konkreten Praxisbedarf zuzuschneiden, wurden Mitarbeitende in zwölf psychiatrischen Einrichtungen

■ Organisatorische Hindernisse	29%
■ Psychische Faktoren	18,9%
■ Hohe quantitative Anforderungen	13,6%
■ Patientenarbeit	13,6%
■ Teamkonflikte	12,5%
■ Gesellschaftliche Rahmenbedingungen	12,4%

aus allen deutschsprachigen Kantonen zu ihren arbeitsbezogenen Belastungen und Ressourcen befragt. Die Ergebnisse erstaunen: Die Patientenarbeit ist nicht Stressfaktor Nummer eins, sondern es sind die organisatorischen Hindernisse, die einer effektiven Behandlung im Weg stehen, wie die *Tabelle* zeigt.

Gemäss Schulze ist das Burn-out-Risiko aber in allen Branchen erhöht. Es handelt sich nicht um ein spezifisches Berufsrisiko für Psychiaterinnen und Psychiater. Vielmehr wirken sich Veränderungen der Arbeitswelt in Richtung wachsende Konkurrenz, Kostenoptimierung sowie zunehmende Anforderungen an Mitarbeitende wie Flexibilität, Effizienz und Qualitätssicherung verstärkt auch im Gesundheitswesen aus. Dadurch wird die Arbeitssituation in der Psychiatrie zunehmend geprägt von hohem Arbeitsdruck, gepaart mit geringen individuellen Gestaltungsmöglichkeiten. Vor allem diese Entwicklungen scheinen laut Schulze zu Burn-out beizutragen, womöglich durch einen kumulativen Effekt mit klinischen Belastungen. «Gleichwohl ist festzustellen, dass Burn-out in wachsendem Masse als Risiko mit Berufstätigkeit in allen Branchen einhergeht. Wachsende Unsicherheit und zunehmender Leistungsdruck auf Unternehmensebene sowie steigende, oft idealisierte Erwartungen an die Arbeit und den beruflichen Erfolg seitens der Mitarbeitenden führen zu Spannungen, auf die Arbeitnehmer – ob in der Wirtschaft oder der Medizin – oft nicht

ausreichend vorbereitet sind», so Schulze.

Behandlung muss auch Prävention umfassen

Interventionen zur Behandlung und Prävention von Burn-out richten sich gemäss Barbara Hochstrasser, Chefärztin der Privatklinik Meiringen, entweder an das betroffene Individuum, an die betroffene Person mit Einbezug der Schnittstelle Arbeitsplatz oder an eine Organisation. Ein weiterer Schritt ist die Vorbereitung der beruflichen Rehabilitation und die kontinuierliche Begleitung des Patienten in dieser essenziellen Behandlungsphase. Die direkte Einbindung des Arbeitgebers, des Vorgesetzten oder einer vermittelnden Instanz, zum Beispiel eines Personalverantwortlichen, trägt wesentlich zum Gelingen der Reintegration bei.

Hochstrasser vor allem die psychotherapeutische Intervention im Vordergrund stehen. Bei ausgeprägter Erschöpfung und Vorliegen körperlicher Symptome, Schlafstörungen und Konzentrationsstörungen sollte laut der Burn-out-Spezialistin ein multimodaler Therapieansatz zur Anwendung gelangen. Dieser kann auch den Einsatz von psychoaktiven Substanzen beinhalten.

Vorgängig medizinische Differenzialdiagnose

In einem ersten Schritt ist eine gründliche medizinische Differenzialdiagnose zu erstellen. Medizinisch sollen laut Hochstrasser vor allem endokrine Erkrankungen (speziell Schilddrüsenerkrankungen), Stoffwechselerkrankungen, infektiöse Erkrankungen (Borreliose, HIV, Hepatitis, Tuberkulose, Pfeiffer-Drüsenfieber), Vitamin-



Die Therapie des Burn-outs richtet sich nach dem Schweregrad des Störungsbildes. Sind vor allem Änderungen in der Haltung gegenüber der Arbeit oder wichtigen Ansprechpartnern, wie Zynismus und Demotivation, oder psychische Befindlichkeitsstörungen im Vordergrund, muss für

defizite und neurologische Erkrankungen (Schlafapnoe, Migräne, multiple Sklerose) erwogen und unter Umständen abgeklärt werden. Andererseits treten bei Burn-out auch häufig Hypertonie und gastrointestinale Störungen auf, die einer medizinischen Intervention bedürfen.

Psychiatrisch sind besonders Depression, Angststörung und Suchterkrankungen zu beachten, wobei diese komorbid mit einem Erschöpfungssyndrom auftreten können. Sind sie vorhanden, erfolgt ihre Behandlung nach den Richtlinien der anerkannten psychiatrischen Fachgremien.

Strikt und strukturiert behandeln

Die individuelle Behandlung eines Patienten mit einem Burn-out bedarf gemäss Hochstrasser einer strikten Patientenführung: «Es ist sehr wichtig, dem Patienten eine klare Diagnose seines Zustands zu geben und seine Symptome zuzuordnen, da dies zu einer ersten Entlastung und zur Einbindung des Patienten in eine Kooperation führt.» Weiter gilt es, den Patienten von sehr stressbehafteten Situationen zu entlasten, was unter Umständen eine Krankschreibung zur Folge hat. «Der Patient muss aufgefordert werden, seinen Tag zu strukturieren, in regelmässiger Abfolge von Phasen der milden Aktivität und Phasen der Entspannung und Ruhe», so Hochstrasser. Regelmässige Schlafzeiten, gesunde Mahlzeiten und mässiger Alkoholkonsum sind für sie unabdingbare Behandlungsbausteine.

Sie umfassen weiter regelmässige, anfänglich milde körperliche Aktivität, mit dem Ziel, mindestens dreimal wöchentlich 30 Minuten eine aerobe Leistung zu erbringen. Sie beinhalten auch eine gezielte Entspannung, anfänglich eher passiv mittels Körpertherapie oder Massagen, dann zunehmend die Einübung von aktiven Entspannungsübungen, wie autogenem Training, progressiver Muskelrelaxation, Qigong, Yoga oder Biofeedback. Die Praxis der Meditation kann einen sehr wertvollen präventiven Beitrag leisten.

Kognitive Verhaltenstherapie

Einen entscheidenden Behandlungsbaustein stellen für Hochstrasser die Psychotherapie, die Psychoedukation und unter Umständen ein längeres Coaching bezüglich der Arbeitssituation dar: «Psychotherapeutisch haben sich vor allem kognitiv behaviorale Ansätze bewährt», so die Burn-out-Spezialistin. Einerseits sind für sie Einstellungen, fehlerhafte Glaubenssätze und Verhaltensweisen, die die Entwicklung eines Burn-outs fördern, zu erkennen und zu relativieren. Dabei muss es, je nach Situation, zu einer vertieften Bearbeitung von Per-

Link: www.swissburnout.ch

sönlichkeitsmerkmalen und Schwierigkeiten in der Lebensbewältigung kommen. Häufig bewährt sich auch die Einbindung des Partners beziehungsweise die Überweisung zu einer Paartherapie. Andererseits geht es für Hochstrasser um das Erlernen, Einüben und Umsetzen von Stressbewältigungstechniken, sozialer Kompetenz wie dem Neinsagen und Konfliktbewältigungsstrategien. Die Psychoedukation zeigt die Zusammenhänge zwischen ungenügender oder fehlerhafter Bewältigung und der Entwicklung des Burn-outs auf und vermittelt Kenntnisse und Fähigkeiten bezüglich der erwähnten Bewältigungstechniken. ■

*Dr. med. Thomas Ferber
Neustadt 40, 8200 Schaffhausen
Tel. 052-620 34 04
E-Mail: thomasferber@mail.ru*

Interessenlage: Die Berichterstattung erfolgt mit freundlicher Unterstützung von Lundbeck (Schweiz) AG.