

Burn-out: Symptome und neue Behandlungsansätze

Bis anhin fehlt eine allgemeingültige Definition für Burn-out. Allgemein wird es definiert als Stressbelastungsstörung mit einem Verlust von Resilienz, die sich auch auf somatischer Ebene zeigt. Entscheidend für die Entwicklung eines Burn-outs ist dabei die subjektive Bewertung von Stressoren und die eigene Verletzlichkeit. Im Interview greift Dr. med. Dipl. Theol. Michael Pfaff, Chefarzt der Clinica Holistica Engiadina SA in Susch, wichtige Komponenten in der Behandlung von Burn-out auf. Die Klinik hat sich allein auf die Behandlung von Burn-out spezialisiert.



Michael Pfaff

Psychiatrie + Neurologie: Was ist ein Burn-out? Wie wird es definiert?

Dr. med. Dipl. Theol. Michael Pfaff: Es gibt bis anhin keine allgemeingültige Definition für Burn-out. Der Psychologe Matthias Burisch hat zwar ein umfassendes Werk über Burn-out geschrieben. Trotzdem lässt sich festhalten, dass die Definition eines Morbus, eines Kerns dieser Symptompalette, bis heute fehlt. Burn-out ist vielmehr ein Konstrukt, eine komplexer Leidenszustand, bei dessen Beschreibung bis heute Stadien einer Prozessentwicklung und Symptome vermischt werden. Seit einem Positionspapier der DGPPN im Jahre 2012 (1) wird Burn-out allerdings vorwiegend als Prozess- und Risikozustand beschrieben, bei dem es durch anhaltend erlebten Stress zu Folgeerkrankungen kommt. Dies kam dadurch zustande, dass es der DGPPN ein grosses Anliegen war, dass Betroffene mit derartigen psychiatrischen Problemen eine adäquate Behandlung erfahren, das heisst eine Behandlung, die leitlinienkonform ist. In der Schweiz haben wir das Schweizer Expertennetzwerk für Burn-out (SEB). Die Therapieempfehlungen des SEB wurden 2016 publiziert (2). Burn-out wird in diesen als Stressbelastungsstörung definiert mit einem Verlust von Resilienz, dass sich auch auf somatischer Ebene zeigt: Das Stresshormonsystem des Körpers gerät aus dem Gleichgewicht und verliert seine Regulationsfähigkeit, und zudem scheinen einige Studien darauf hinzuweisen, dass sogar im zentralen Nervensystem die Neuroplastizität, also das Vermögen zur Neuvernetzung von Nervenzellen, abnimmt. Der Grundgedanke, dass der Mensch sich durch seine Lebensführung erschöpfen kann und dann schwerere Krankheiten erleidet, ist übrigens schon sehr alt und wurde vor mehr als hundert Jahren zu Beginn der Industrialisierung in der psychiatrischen Wissenschaft formuliert.

Sind Ärzte in Bezug auf ein Burn-out heute sensibler und hat sich dadurch die Diagnostik verbessert?

Michael Pfaff: Burn-out ist in den Medien sehr präsent. Trotzdem kann es auch heute noch passieren, dass der Risikozustand verkannt und die sich abzeichnende Folgekrankheit nicht gesehen und diagnostiziert wird. Das liegt daran, dass sich Betroffene beispielsweise für ihre Situation schämen und keine psychiatrische Behandlung in Anspruch nehmen wollen. Auf ärztlicher Seite haben wir auch heute noch das Problem, dass affektive Erkrankungen unterdiagnostiziert sind und zu wenig Beachtung finden. Dann werden allein somatische Erkrankungen unterstellt und diese behandelt, aber nicht die Psyche. Auf psychiatrischer Seite wiederum werden häufig die Folgen einer früheren Traumatisierung als

Auslöser für ein Burn-out verkannt. Häufig zeigt sich diese in der Behandlung des Burn-outs aber erst dann, wenn Vertrauen zum Behandler vorhanden ist.

Welche Faktoren am Arbeitsplatz führen am häufigsten zum Burn-out? Wer ist besonders vulnerabel?

Michael Pfaff: Burn-out ist nicht nur eine Erkrankung der Arbeitswelt. Sie kann uns vielmehr in allen Lebenslagen treffen und entspricht einem Lebensstil, bei dem mehr Energie verloren geht, als dass Energie empfangen oder gebildet wird. Laut Seco (Staatssekretariat für Wirtschaft) sind äussere Stressoren wie Termindruck oder ständige Unterbrechungen am Arbeitsplatz wichtige Stressfaktoren. Allerdings muss angefügt werden, dass es keine wirklich evidenzbasierten Fragebögen dazu gibt, da Burn-out keine Diagnose ist. Auch der breit angewendete Maslach-Burn-out-Inventory ist kein sicheres diagnostisches Mittel, sondern evaluiert lediglich einen Zustand am Arbeitsplatz. Entscheidend für die Entwicklung eines Burn-outs ist daher die subjektive Bewertung von Stressoren, und die eigene Verletzlichkeit ist zentral. Es ist daher schlicht unmöglich, allgemeine Verursachungsfaktoren klar zu definieren. Betrachten wir zum Beispiel das Arbeitsfeld von Ärzten: Ein Assistenzarzt auf dem Notfall und in Schichtarbeit im Vergleich zum Hausarzt mit geregelten Arbeitszeiten ohne Nachtdienst hat beispielsweise völlig andere Belastungsfaktoren. Wiederum hängt es von der eigenen Resilienz und Verletzlichkeit ab, wie diese Faktoren bewertet werden, welchen Einfluss sie haben. Das Vulnerabilitäts-Stressmodell kann Orientierung geben über die Verletzlichkeit des Einzelnen und das Risiko, an einer psychischen Krankheit zu erkranken. Die neuere Forschung schaut die individuelle Vorbelastung in diesem Sinne aus Perspektive des biopsychosozialen Modells an. Dieses umfasst drei Dimensionen: die biomedizinische, auf welcher Krankheit in ihrer körperlichen Dimension beschrieben wird und beobachtbare, objektive pathologische Befunde und Funktionsstörungen erhoben werden. Die psychologische Dimension beschreibt Krankheit aus der subjektiven und individuellen Innensicht des erkrankten Menschen mit seinen Gefühlen, Gedanken und seinem Verhalten, speziell auch mit seinem subjektiven Krankheitsmodell, das heisst der Vorstellung, die er sich selbst von der Entstehung seiner Krankheit und deren Heilung macht. Die ökosoziale Dimension sieht den Menschen in seinen Beziehungen zur Umwelt, sieht Krankheit als das Ergebnis einer mangelnden und krank machenden Passung zwischen Person und Umwelt. Ergänzend sollte die transpersonal-spirituell-religiöse Dimension betrachtet werden, die den Men-

schen in seinem subjektiven Gefühl des Eingebettetheits in das grosse Ganze versteht. Wichtig erscheint mir heute zudem die Sichtweise der Psychoneuroimmunologie, die die konsequente lebensgeschichtlich orientierte Erweiterung dieses Modells als Grundlage ihrer Forschung nimmt. Aufgrund epigenetischer Studien zeigt sich, dass bereits während der Schwangerschaft Stress zu einer lebenslang veränderten Stressachse beim Ungeborenen führen kann. Auch frühkindlicher Stress kann mangelndes Selbstvertrauen oder hohe Perfektion auslösen. Auch andere schwerere psychische Belastungen in der Lebensgeschichte können so die ganze Reaktionsbereitschaft eines Organismus auf äussere Stressoren für die folgende Lebenszeit verändern. In der Behandlung von Burn-out ist es deshalb wichtig, so viele Faktoren wie möglich einzubeziehen. Das heisst, persönlich-individuelle als auch organisationelle und nicht zuletzt gesamtgesellschaftliche, kulturelle Faktoren.

Wie sieht das im ärztlichen Bereich aus oder unter Psychiatern? Ist Burn-out dort ein Thema?

Michael Pfaff: Erhobene Daten weisen darauf hin, dass rund 50 Prozent der Ärzte anhaltend gestresst sind und aufgrund dessen Persönlichkeitsänderungen bei sich wahrnehmen. Psychiater gelten von jeher als höher gefährdete Gruppe für Suchterkrankungen und Suizidalität. Mir sind keine neueren grösseren Studien zum Thema bekannt. Kürzlich wurde über ein niedrigeres Burn-out-Risiko bei Psychotherapeuten berichtet. Dabei wurden plausible Gründe gefunden: hohe Kontrolle über das eigene Vorgehen, klare Zeitstrukturen bei der Arbeit mit Klienten und häufig positive Rückmeldungen von Patienten. Auch scheint die Kultur der regelmässigen Teilnahme zum Beispiel an Super- oder Intervisionen dazu zu führen, dass ihnen eine grössere Breite an Copingmechanismen bekannt ist, weshalb diese Berufsgruppe etwas weniger vulnerabel zu sein scheint.

Was sind die Ziele der Burn-out-Therapie?

Michael Pfaff: Es ist wichtig, die individuellen psychologischen, aber auch körperlichen Risikofaktoren in der Therapie zu entdecken und abzumildern. Zentral sind die Selbstwirksamkeit und die Stressbewältigung, die es zu verbessern gilt. Es soll aus eigener Überzeugung ein Lebensstil entwickelt werden, der sinnhaft ist und gegen Erschöpfung schützt. In der Behandlung merke ich oftmals, dass die Betroffenen zu viel auf einmal wollen. Deshalb ist es wichtig, ein gestuftes Vorgehen mit Geduld zu entwickeln.

Wie häufig sind Arbeitsplatzwechsel aufgrund von Burn-out?

Michael Pfaff: Es gibt keine wirklichen Langzeitergebnisse von Studien über mehr als 12 bis 24 Monate nach Erstbehandlung, aber Untersuchungen zeigen, dass zum Beispiel nach multimodalen stationären Behandlungsansätzen bis zu 70 Prozent der Burn-out-Patienten an den alten Arbeitsplatz zurückgehen und sich reintegrieren.

Wie sieht die moderne Behandlung eines Burn-outs aus?

Michael Pfaff: Die Forschung bewegt sich heute auf zwei Schienen: Die neurobiologisch orientierte Stressforschung, noch sehr im Sinne des Maschinenmodells,

und die neuere integrative Forschung, die soziale Faktoren mit einbezieht und den Menschen als soziales Wesen wahrnimmt. Grundsätzlich ist für jeden Menschen das Wir-Gefühl wichtig, das Geborgenheit und Anerkennung gibt. Die Gemeinschaft kann helfen, Selbstheilung und Akzeptanz im Krankheitsverhalten zu erzielen.

Das zentrale Element jeglicher psychotherapeutischer Behandlung, aber insbesondere das der Behandlung Burn-out-Betroffener, ist die therapeutische Beziehungsbildung auf Augenhöhe, ohne dass ein Gefälle vom Fachmann zum Patienten entsteht. Eine Fachsprache, die den Patienten überfordert, ist zu vermeiden. Schon C.G. Jung hat zur therapeutischen Grundhaltung bemerkt: «Lerne alles, was du kannst, über Theorie, aber: Wenn du zum Patienten gehst, dann vergiss das Textbuch!» Das gemeinsame Gespräch sollte immer eine Einladung zur Begegnung sein, Vertrauen ermöglichen und Geborgenheit schenken. Der Therapeut muss das Vertrauen ausstrahlen, dass die Heilungskräfte im Patienten selber liegen. Nur in dieser Form der Beziehungsbildung kann der Patient den Weg zur Selbstkompetenz entwickeln.

Zentral ist die Bewusstmachung des Ist-Zustandes zusammen mit dem Patienten wie auch mit gut ineinandergreifenden probatorischen Behandlungen und Abklärungen. Dazu gehören die körperliche als auch psychische Abklärung, das Wissen um Ressourcen am Arbeitsplatz oder der allgemeinen Lebenssituation, gegebenenfalls das Abklären der Arbeitsplatzbedingungen und die Begleitung bei der Reintegration. Ganz entscheidend ist heute die Frage, die sich die Behandler stellen müssen: Wer macht was wann? Burn-out ist eine Stressverarbeitungsstörung. Es braucht eine ausreichende Regenerationsphase. Häufig hat der Patient die depressive Stimmungslage nach dem Aufenthalt in der Klinik im Griff und ist motiviert, aber die körperliche Erschöpfung bleibt oftmals noch 12 bis 18 Monate bestehen. Daher muss eine klare Behandlungskette bestehen, damit die Patienten auch rund um einen Klinikaufenthalt eine zustandsgemässe Betreuung erhalten. Diese sollte natürlich schon bei einer Prävention beginnen, die am effektivsten durch einen einfachen Zugang zur individuellen Beratung und Unterstützung geleistet ist. Sie geht dann aber bei Bedarf über eine möglichst effektive stationäre Intervention und die folgende ambulante Nachbehandlung bis hin zu arbeitsplatzspezifischen Coachings.

Wie lernen die Patienten, sich wieder wahrzunehmen?

Michael Pfaff: In der Klinik haben wir zumeist das Problem, dass die Betroffenen ihre anhaltende Erschöpfung nur wenig wahrnehmen. Die Messung der Herzratenvariabilität ist diesbezüglich ein hilfreicher Indikator. Je variabler die Herzrate, desto entspannter der Betroffene. Je monotoner, desto mehr Stress liegt zugrunde. In Susch bieten wir neben der körperlichen und psychischen Abklärung verschiedene Möglichkeiten des körperlichen Trainings an, um diese Variabilität zu steigern. Dazu gehören Wandern, Krafttraining, Walking und so weiter. Die Trainingsprinzipien stammen mitunter aus dem Bereich des Leistungssports. Neben der üblichen Empfehlung zum moderaten Training scheinen sich insbesondere Intervalltrainings als wirksam zu erweisen,

da sie gezielte Reize setzen, wenn kurzzeitig mit einer höheren Pulsfrequenz gearbeitet wird. Aber wie schon erwähnt, hat Burn-out keine klaren Kriterien in der Diagnostik, deshalb ist es wichtig, dass ein erfahrener Trainingsleiter beziehungsweise Therapeut dabei ist, der den Kontakt zum Patienten hält, vorzugsweise in der Einzeltherapie, und sich auf den Patienten mit seiner Befindlichkeit konzentrieren kann. Es gilt, im Dialog die Selbstwahrnehmung seines Wohlbefindens zu fördern. Diese Selbstwahrnehmungsfähigkeit wird auch in Verfahren wie dem Qigong, Yoga und der Tanz- und Bewegungstherapie zentral gestärkt.

Sport oder Bewegung bringen den Körper in Schwingung und fördern so auch die Neuroplastizität. In Susch bieten wir neu auch ein Stockkampftraining an. Dieses beinhaltet rhythmisches links/rechts Schlagen, fördert daher ein inneres Gleichgewicht auf einer basalen Stufe und schafft ein Harmonieempfinden. Durch Kontakt mit dem Gegenüber entsteht dabei aber auch eine wichtige Resonanz beim Austausch von Aggressivität.

Es gibt aber letztlich nicht *das* Burn-out und nicht *den* 10-Punkte-Plan, sondern nur den leidenden Patienten. In der Behandlung geht es darum, dass sich dieser im Kontakt zu seinen Therapeuten wieder selbst wahrnimmt, spürt und sich selbst schützen kann. Deshalb ist auf allen Ebenen eine achtsame Haltung wichtig, die quer durch alle Behandlungen, also auch in der Gestaltungs- oder der Musiktherapie, im Zentrum stehen. Diese dient nicht in erster Linie der Entspannung, sondern dem Selbstkontakt und der Verhältnisbildung zu sich selbst, das heisst wahrnehmen der eigenen Empfindungen, der eigenen Gedanken. Man kann sich das wie ein Fieberthermometer vorstellen, das in den Körper gehalten wird und anzeigt, wie hoch der Stress ist. Der Klient lernt zuerst, diesen Stress zu spüren, dann zu akzeptieren und erst am Ende von seinem Inneren her ausgleichend zu steuern.

Sie bieten therapeutisch die Klettertherapie an. Wie wichtig sind grundsätzlich Impulse auf die Persönlichkeitsentwicklung in Krisen durch das Klettern. Wie bedeutsam ist das erfahrungsorientierte Lernen in Form der Klettertherapie in der Burn-out-Behandlung?

Michael Pfaff: Das ist ein neuer Versuch, der in dieser Form einzig in unserer Klinik angeboten wird. Klettertherapie ist sehr umfassend. Klettern ist eine früh erworbene Grundbewegungsart des Menschen, auf die er daher auch leicht in schwerer agitierten oder depressiven Zuständen zugreifen kann. Es zeigt sich, dass diese Form der Bewegung wichtig ist für die Selbstwirksamkeit und wie wir wohllosiert lernen, wieder Ängste zu überwinden. Zudem kann sich der Kletterer voll und ganz auf den Moment und sich selbst zentrieren und lernt oder spürt wieder, wie mit Erfolg/Misserfolg umgegangen werden kann, spürt dabei aber auch die eigene Kraft und deren Grenzen. Zudem findet es in der Gruppe statt, wie das Stocktraining auch. Das heisst, der Einzelne nimmt soziale Aspekte wahr: Wie zeige ich meine Ängste vor der Gruppe, wie gehe ich mit meinen Ängsten um, akzeptiert mich die Gruppe? Verliere ich die Kraft, werde ich gehalten. Deshalb wird Klettern dem erfahrungsorientierten Lernen zugeordnet. In Susch klettert rund die Hälfte der Patienten an einem Vormittag für etwa zwei Stunden.

Was passiert mit den Patienten nach der stationären Behandlung? Werden die Patienten nach der stationären Behandlung auch am Arbeitsplatz unterstützt?

Michael Pfaff: Die Unterstützung am Arbeitsplatz rückt tatsächlich immer mehr ins Zentrum. Wir haben im letzten Jahr eine Kooperation mit der IV-Stelle im Kanton Graubünden begonnen, unterstützen das Programm «rework». Arbeitnehmer, Arbeitgeber und Ärzte kommen früh durch ein Formular zur Beschreibung des Arbeitsplatzes ins Gespräch und planen miteinander gezielt und dosiert die Reintegration. Die IV ist seit der 5. Revision eine Integrationsanstalt und keine Rentenanstalt mehr. Das hat sich aber noch zu wenig durchgesetzt. Leider reagieren Psychiater häufig noch immer allein mit einer Krankschreibung auf Probleme am Arbeitsplatz. Das kann für den Moment ja auch einmal richtig sein. Aber für die Gesundheit des Betroffenen ist es wichtig, dass die Rückkehr an den Arbeitsplatz so schnell wie möglich erfolgt und alle Beteiligten schauen, wie das am besten möglich ist. Wir arbeiten deshalb auch eng mit den grossen Versicherern wie Swica, CSS und Helsana zusammen, die den Betroffenen mit komplexerer Lebenssituation begleitend für die Zeit nach der Klinik ein Casemanagement anbieten. In Susch sind wir zudem dabei, Online-Coachings bei Problemen am Arbeitsplatz aufzubauen. Das hängt auch eng mit den geografischen Begebenheiten zusammen. Ich persönlich bevorzuge eine Face-to-Face-Behandlung. Aber nach Susch sind die Wege halt etwas länger, weshalb Coachings online eine gute Möglichkeit oder Ergänzung darstellen.

Sie sind Theologe. Beeinflusst dies die Burn-out-Behandlung?

Michael Pfaff: In meinem psychiatrischen Handeln bildet das philosophisch-integrative Herangehen einen wichtigen Schwerpunkt. Ich sehe, dass viele Patienten eine Offenheit für spirituelle Fragen besitzen und Themen wie Sinn oder Werte bearbeiten möchten. Dafür bin ich offen. Die meisten Themen stehen in Zusammenhang mit unserer christlich-religiösen Kultur und stellen für viele eine wichtige Ressource da, wenn sie zur Sprache gebracht werden können und auf Verständnis stossen.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Dipl. Theol. Michael Pfaff
 Chefarzt
 Clinica Holistica Engiadina SA
 Plaz 40
 7542 Susch
 E-Mail: m.pfaff@clinica-holistica.ch

Sehr geehrter Herr Dr. Pfaff, wir danken Ihnen für das Gespräch!

Das Interview führte Annegret Czernotta.

Referenzen:

- http://www2.psychotherapeutenkammer-berlin.de/uploads/stellungnahme_dgppn_2012.pdf
- <https://www.Burnoutexperts.ch/wissenswertes/therapieempfehlungen.html>