

Burnout-Syndrom - eine Sonderform der Depression

November 2012
Frankfurt/Main

Axel Schüler-Schneider

Einleitung

Das Schlimmste ist, wenn Menschen anfangen an Ihrem Beruf zu zweifeln. Sie haben einen wunderbaren Beruf, aber keine Freude mehr an diesem. Eine zunehmende Kontrolle und Rationalisierung mit Personalabbau führt zu einer Arbeitsüberlastung und Abnahme von materieller und emotionaler Belohnung der Arbeit. Bei Ärztinnen und Ärzten kann dies zu einem Verrat der ärztlichen Ideale führen. Nicht der Mensch, der Patient steht im Mittelpunkt der Behandlung, sondern die Verweildauer in der Klinik: „Wie viele Entlassungen haben wir heute?“ Oder das Einsparpotential: „Das ist eine IGEL-Leistung und das Medikament kann ich Ihnen nicht auf Kasse verschreiben!“

Die Folge ist immer mehr Arbeit, zunehmender Druck und stärkere Kontrolle bei abnehmender Befriedigung und Erfolg auf der beruflichen und fachlichen Ebene. Dabei wird versucht durch Mehrarbeit doch noch zu einem Erfolgserlebnis zu gelangen. Das führt zur Erschöpfung und wegen der fehlenden Befriedigung auch zur Depression. Die Work-Life-Balance gerät aus dem Gleichgewicht. Je stabiler der Selbstwert und je geringer die Selbstzweifel, umso stabiler ist die Waage. Beispielhaft für berufliche Identität nehme ich unsere ärztliche Identität. Denn viele von uns sind oder waren von Burnout und Depression betroffen.

Medizingeschichte - 50 000 Jahre ärztliche Kunst

Die früheste Operation in der Geschichte der Menschheit wurde schon zur Zeit der späten Neandertaler vor mehr als 50000 Jahren vorgenommen. Dabei handelt es sich um die Amputation eines Armes an einem Mann, dessen Skelettreste in Shanidar (Irak) entdeckt wurden.

Ein weiteres knöchernes Zeugnis der Menschlichkeit ist über 8000 Jahre alt. In dieser Zeit lebte ein friedlicher mesolithischer Stamm in Nordafrika. Damals erlitt eine Frau eine Beckentrümmerfraktur und Verletzung der unteren Wirbelsäule, wahrscheinlich durch einen Sturz aus großer Höhe. Der Oberschenkelknochen war mit dem Becken verwachsen, das Kreuzbein war zerstört und hatte so sicherlich das lumbosakrale Nervengeflecht schwer verletzt. Dies dürfte zu einer Parese der unteren Körperhälfte mit Inkontinenz geführt haben. Zumindest bis zur Kallusbildung hatte diese Frau überlebt. Sie wurde also gepflegt und behandelt.

Im Alten Ägyptischen Reich gab es bereits Fachärzte und eine qualifizierte Ausbildung an speziellen Schulen. Imhotep war 2700 v.Chr. ein berühmter Arzt und Gelehrter. Er schrieb wichtige Lehrbücher und war der Begründer der Ägyptischen Medizin.

Hippokrates wirkte 460-370 v.Chr. Das ärztliche Gelöbnis basiert auf dem von ihm formulierten Eid.

Das ärztliche Gelöbnis

- „Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand gelobe ich, mein Leben in den Dienst der Menschheit zu stellen.
- Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben.
- Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit meiner Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein.
- Ich werde alle mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod des Patienten hinaus wahren.
- Ich werde mit allen meinen Kräften die Ehre und edle Überlieferung des ärztlichen Berufes aufrechterhalten und bei der Ausübung meiner ärztlichen Tätigkeit keinen Unterschied machen, weder nach Religion, Nationalität, Rasse noch nach Parteizugehörigkeit oder sozialer Stellung.
- Ich werde jedem Menschenleben von der Empfängnis an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden.
- Ich werde meinen Lehrern und Kollegen die schuldige Achtung erweisen. Dies alles verspreche ich auf meine Ehre.“

Ibn Sina, lateinisch Avicenna, lebte von 980-1037, war Arzt, Philosoph, Astronom und begeisterter Naturwissenschaftler in Persien. Sein um 1030 entstandenes Hauptwerk *Al-qanun fi at-tibb* = *Canon medicinae* (Kanon der Medizin) löste die Klostermedizin des christlich-lateinischen Abendlandes durch wissenschaftliche Verfahren ab. Es behielt 500 Jahre seine Gültigkeit und zählte zu den bedeutendsten Lehrbüchern der Medizin.

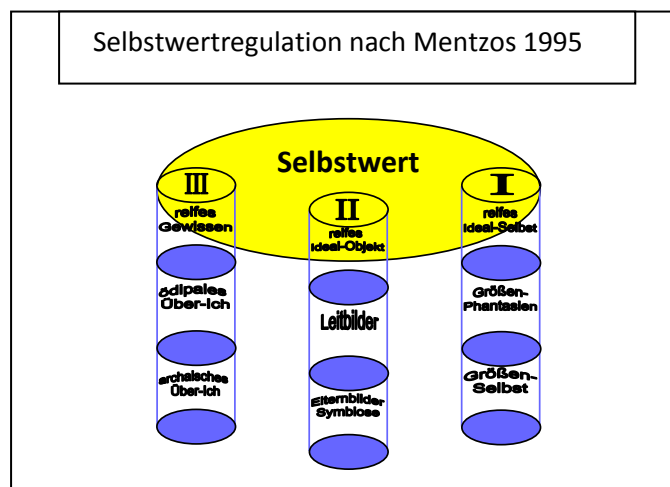
Dann erst begann die abendländische Medizin, mit Paracelsus z.B., die Führung zu übernehmen. Heute erneuert sich das medizinische Wissen angeblich alle fünf Jahre.

Berufliche Identität

Die berufliche Identität dient der Identitätssicherung und nicht nur der Existenzsicherung. Dabei steht die Existenz des Selbst auf dem Spiel.

Berufliche Identität ist gerade in sozialen Berufen und bei Menschen, die sich sehr mit ihrem Beruf identifizieren eng mit der Kernidentität, die sich in den ersten 3 Lebensjahren konstituiert, verbunden.

Diese Kernidentität bildet die erste der drei Säulen der Selbstwertregulation. Eine Störung der Selbstwertregulation führt zur Depression.



Definition und Abgrenzung des Begriffes Burnout-Syndrom

Burnout ist Ausdruck eines lebensbedrohlichen Ereignisses, Kernschmelze in einem Atomkraftwerk. Er wird auch für unsinnige, übermütige Aktionen, wie „das Abfackeln“ von Auto- oder Motorradreifen verwendet. Dabei drehen die Antriebsräder im Stand durch und überhitzen. Das Bedeutungsspektrum ist also sehr weit und damit vage.

Freudenberger übertrug 1974 den Begriff Burnout aus der Kerntechnologie in den sozialwissenschaftlichen Bereich. Er beschrieb damals damit den Erschöpfungszustand von engagiert arbeitenden Menschen. Gerade die Menschen, die in einem schönen, abwechslungsreichen Beruf mit viel Verantwortung und mit sozialem Engagement arbeiten, sind burnoutgefährdet.

Burnout ist das Ergebnis der Imbalanz zwischen den Merkmalen und Möglichkeiten einer Person und den Merkmalen und Möglichkeiten seines Berufes. Die Häufigkeit beträgt bei Ärztinnen und Ärzten etwa 20%. Burnout-Syndrom ist die Beschreibung eines Prozesses, der unbehandelt in eine Depression mündet.

Mittlerweile kam es zu einer Popularisierung des Begriffes Burnout-Syndrom und er wurde nicht nur für Erschöpfungszustände durch engagierte Arbeit, sondern auch bei Kindern, Schülern und für private Erschöpfungszustände verwendet. Diese sind auch ernst zu nehmen und bedürfen der Behandlung. Aber dies führte zu einer Verwässerung des Begriffs, der meines Erachtens in dieser Weise nicht mehr anwendbar ist. So entfernte er sich von einer klar umrissenen Diagnose. Eine Diagnose ist notwendig um eine geeignete Therapie festzulegen. Burnout-Syndrom gilt nur für einen beruflich ausgelösten Prozess, der in eine Depression mündet. Es ist wichtig letztere nach ihrem Schweregrad mit einer Ziffer aus dem Kapitel F des ICD10 zu verschlüsseln und nicht die Befindlichkeitsstörung Burnout-Syndrom nach Ziffer Z73.0. Hier ist auch eine längere Krankschreibung möglich und die entsprechende psychotherapeutische und medikamentöse Therapie indiziert. Ein wichtiger Teil der Behandlung ist das Herausnehmen des Betroffenen aus dem Arbeitsprozess. Doch wenn der Erschöpfungszustand allein im privaten Bereich verursacht wurde, sind andere Maßnahmen erforderlich und eine Krankschreibung nicht möglich.

Krankschreiben alleine ist keine Therapie. Nur eine Aufarbeitung der Konflikte führt zu einer Stabilisierung. Diese können aktueller Natur sein, haben aber in der Regel eine Vorgeschichte und stellen oft eine Reaktivierung früherer Konflikte dar.

Genetik und Umweltfaktoren

Erbliches Risiko für Depression	Risiko 5 %
Depression in Familie:	Risiko 15 %
Depression bei eineiigen Zwillingen:	Risiko 50 %

Depression und Suizidalität in Deutschland

Eine Untersuchung der WHO kam zum Ergebnis, dass es zu einer zehnfachen Zunahme von Depressionen in Deutschland seit 1960 gekommen ist. Es gibt mehr als 4 Millionen behandlungsbedürftige Depressionskranke in Deutschland.[16, 17]. Der arbeitsplatzbezogene Stress nehme zu und damit die auch die Häufigkeit von Burnout-Syndrom und Depression. Dabei werden die Betroffenen immer jünger [21]. Seit 1945 ist die Suizidrate in Deutschland von über 20 000 auf unter 10 000 pro Jahr deutlich zurückgegangen. Die zeigt, dass Therapiemaßnahmen greifen und erfolgreich sind. Immerhin versuchen 6.5% aller Ärztinnen/ Ärzte sich zu suizidieren, das Suizidrisiko ist um das 2.27-fache bei Ärztinnen und das 1.41-fache bei Ärzten gegenüber der Normalbevölkerung erhöht. 26% der weiblichen und 22% der männlichen Kinder- und Erwachsenenpsychiater haben immer wieder Suizidgedanken, Landärzte sind gefährdeter als Stadtärzte.

Internationale Untersuchungen zu Burnout-Syndrom und Depression

Eine Untersuchung in der Schweiz kommt zu gleichen Ergebnissen wie die internationalen Untersuchungen zu diesem Thema. Ärzte haben im Vergleich zu anderen Berufsgruppen ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung eines Burnout-Syndroms, 20% sind mindestens davon betroffen.[4] In der Untersuchung von Frau Buddeberg-Fischer [6] wurden 540 Ärztinnen und Ärzte im 5. und 6. Weiterbildungsjahr nach dem Examen untersucht, 25% der jungen Ärztinnen und Ärzte wiesen Zeichen einer Qualifikationskrise auf, oder hatten Mühe sich von der Arbeit bzw. den Patienten zu distanzieren, 10% weisen Angstsymptome und 1-3% Depressionssymptome auf. 10% der jungen Ärztinnen und Ärzte klagten über körperliche Beschwerden, Rückenschmerzen, Erschöpfung oder Schlaflosigkeit.

In einer amerikanischen Studie wurden 178 Arzt-Patientenpaare auf die Auswirkungen des Aspekts Depersonalisation im Rahmen eines Burnout-Syndroms der Ärztinnen bzw. Ärzte untersucht. Von erkrankten Ärzten behandelte Patienten waren weniger zufrieden mit der Behandlung und hatten eine längere Genesungsphase nach der Entlassung aus der stationären Behandlung.

In Kanada wurden 415 Ärztinnen und Ärzte in psychiatrischer Weiterbildung befragt, 43% waren mit ihrem Leben unzufrieden, Frauen litten mehr unter Zeitdruck als Männer, 14% bereuten die Facharztwahl, 22% sagten aus, dass sie wenn sie die Wahl hätten, nicht wieder Medizin studieren würden. 50% wurden am Arbeitsplatz eingeschüchert oder belästigt, 17% fühlten sich psychisch krank. Dies sind erschreckende Zahlen, die die Notwendigkeit zeigen, dass Ärztinnen und Ärzte auch für sich selbst etwas tun müssen.

Die vier Phasen des Burnout-Prozesses

Der Burnout-Prozess in vier Phasen und unterscheidet sich wesentlich von der üblichen kontinuierlich fortschreitenden Entwicklung der Depression. Burnout-Syndrom sollte als eine Sonderform der Depression verstanden werden. Die Besonderheit ist die ausgeprägte maniforme Abwehr. Unbehandelt führt dies zur völligen Erschöpfung und einer schweren Depression. Das alte Zitat: Nur wer brennt, kann ausbrennen, weist schon darauf hin.

Phase 1 Überlastung

Phase 2 Aggression, Kampf, vermehrte Aktivität im Sinne der maniformen Abwehr, Durch vermehrte Aktivität, Anstrengung und emotionale Verausgabung versuchen die Betroffenen das unausweichliche Scheitern zu verhindern.

Phase 3 Flucht und Rückzug,

Phase 4 Isolation und Depression.

Oft entsteht erst jetzt ein spürbarer Leidensdruck und ein Bedürfnis nach Hilfe und Unterstützung.

Die Hauptsymptome

Seine **Symptome** sind emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und abnehmende Leistungsfähigkeit.

Emotionale Erschöpfung zeigt sich in Müdigkeit, Kraftlosigkeit, vermehrtem Schlafbedürfnis und mangelndem Antrieb. Typische Aussagen sind „ich habe keine Kraft mehr, ich fühle mich leer, ich habe keine Reserven mehr, warum mach ich das überhaupt noch, ich brauche dringend Urlaub, ich kann die Dienste fast nicht mehr durchstehen“.

Depersonalisation ist der Verlust der Identität. Verhalten und Empfinden entsprechen nicht mehr der ursprünglichen Persönlichkeit. Dies ist verbunden mit einer gefühllosen, gleichgültigen, zynischen oder sarkastischen Einstellung gegenüber anderen Menschen.

Diese werden abgelehnt, die Faust wird in der Tasche geballt, es knallt auch mal eine Tür. Selbst geliebte Partner oder Freunde werden unwirsch, aggressiv, ohne Verständnis behandelt. Typische Zeichen sind Absolutheitsansprüche, negative Einstellung gegenüber Kollegen, negative Gefühle gegenüber Patienten, Rückzug ins eigene Haus, in die eigene Wohnung. Soziale Kontakte werden gemieden. Es wird versucht immer perfekt zu sein, es kommt zur Vernachlässigung von Hobbies und Privatleben. Das führt in einen Teufelskreis, da der soziale Rückhalt, das tragende Netzwerk zerstört werden. Oft ist durch den erhöhten zeitlichen und emotionalen Einsatz das soziale Netz lange nicht mehr gepflegt worden und daher nur noch brüchig vorhanden. So führt der depressive Rückzug nicht zur notwendigen Erholung und der Abwärtstrend in die Depression wird verstärkt.

Abnehmende Leistungsfähigkeit tritt erst bei anhaltender Erschöpfung und Depersonalisation auf. Es besteht das Gefühl, Aufgaben und Situationen nicht mehr gewachsen zu sein. Der Verlust des Vertrauens in sich selbst und eine objektivierbare Leistungsabnahme sind die Folge. Dies sind auch Symptome einer schweren Depression.

Körperliche Symptome betreffen das Gehirn mit Schwindel, Schlafstörungen, Müdigkeit, Kopfschmerzen, das kardio-pulmonale System mit Blutdruckschwankungen, Tachykardie, Brust- und retrosternalen Schmerzen, Atemnot. Das Immunsystem kann mit verminderter Immunkompetenz reagieren, was zu häufigen Infekten oder einer verzerrten Immunreaktion,

also Allergien, führt. Häufig ist der Bewegungsapparat mit Kopf- Rückenschmerzen, Bandscheibenproblemen und Gelenkbeschwerden beteiligt. Das Nervensystem ist angespannt, das Schmerzerleben ist erhöht, es besteht eine verminderte Schmerztoleranz, es treten Spannungskopfschmerzen und Schulter-Nackenverspannungen auf. Es kann zu Ticks, wie Faust ballen, Zähneknirschen, Zittern, Zuckungen im Gesicht kommen, das Ohr kann betroffen sein mit Tinnitus und Hörsturz, die Sexualität leidet, es kann zu Impotenz, Libidoverlust, Zyklusstörungen kommen, Ernährung und Verdauung geraten aus dem Takt, besonders häufig kommt es vermehrt zur Sucht mit Alkohol, Medikamenten, Drogen, Essen und Wetten, um nur die Wichtigsten zu nennen. Aber auch hier ist die Kreativität der Psyche grenzenlos, vieles kann süchtig missbraucht werden. Durch adäquate Behandlung ist Hilfe in allen Stadien möglich.

Kernkonflikte

Der Kompetenzkonflikt. Das Dilemma zwischen Verantwortlichkeit und Hilflosigkeit sind Grundlage für innere Konflikte, die mitunter ohne professionelle Hilfe nicht gelöst werden können. Verantwortung ohne Entscheidungskompetenz führt zu hilfloser Wut, da Konfliktlösungen verunmöglicht werden. Gründe hierfür sind ökonomischer Natur, Machtansprüche, mitunter auch Inkompetenz.

Der Gewissenskonflikt. Wenn Entscheidungen getragen werden müssen, die mit eigenen ethischen Vorstellungen nicht vereinbar sind, entstehen Gewissenskonflikte. Je höher das eigene Ideal und ethische Ansprüche angesiedelt sind, umso größer ist das Risiko ein Burnout-Syndrom zu entwickeln. Wird die Distanz zum Ich-Ideal unerträglich groß, beginnt der Circolus vitiosus der Depression. Dies beginnt mit vermehrter Anstrengung, um das Unmögliche möglich zu machen. Das gesetzte Ziel ist aber nicht erreichbar oder zum Scheitern verurteilt, wie beispielsweise moderne, hochentwickelte, kostspielige Medizin für alle Bundesbürger. Sobald die Depression beginnt, kommt es zur Vernachlässigung der beruflichen Sorgfaltspflicht, um unbewusst die ausgebliebene Belohnung doch zu erhalten und Ruhe zu finden. Es kann aber auch bis zum Betrug gehen. Dies führt intrapsychisch zu einer Selbstentwertung, da die eigenen Ansprüche und Ideale verraten werden. Dies verstärkt die Depression und so schließt sich der Kreis.

Immer 100 %. Bekanntermaßen sind Patienten mit Burnout-Syndrom besonders leistungsorientiert. Sie möchten ihre Arbeit immer 100 %-ig genau abliefern, sind also auch Perfektionisten. So ist eine Aufgabe, die nur zu 98 % genau abgeliefert wird, nichts wert. Es entsteht das Gefühl versagt zu haben, auch wenn die Aufgabe überdurchschnittlich gut

erledigt wurde. Dies führt auf Dauer zu einem emotionalen Defizit. Diese scheinbaren Misserfolge addieren sich am Ende zu 100 % Versagen.

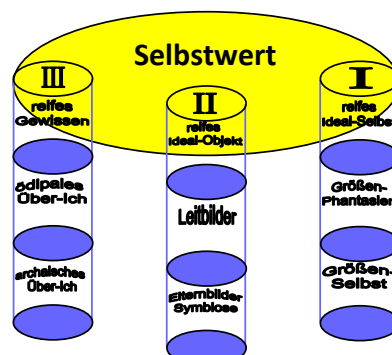
Geht nicht- gibt es nicht. Wenn Aufgaben, die delegiert wurden, von anderen nicht 100 % erledigt werden, wird diese von der Person übernommen und eigenständig erledigt. So räumt der Geschäftsführer beispielsweise auch einmal den Schnee, weil die Aufgabe nicht verteilt wurde, oder der Chef kümmert sich selbst um die Funktionstüchtigkeit des Computerprogrammes.

Müßiggang ist aller Laster Anfang. Ausruhen ist nur schwer oder gar nicht möglich. Ausruhen bedeutet faulenzten, so kommt es zu einem Erholungsdefizit und einer zunehmenden Erschöpfung. Dies beruht auf einem sehr strengen Gewissen. Kolleginnen können es kaum abwarten, wieder die Arbeit anzutreten.

Übernahme von Verantwortung für Andere und Rücksichtnahme. Aufgrund des ausgeprägten Gewissens und der Moral besteht bei Ärztinnen und Ärzten die Neigung Verantwortung für Andere zu übernehmen und mehr Rücksicht auf Andere, als auf sich selbst zu nehmen. Gepaart mit dem Anspruch alles 100% zu erledigen und der Überzeugung, dass Müßiggang Faulenzen ist, kommt es dazu dass auch nach der Arbeit im Privatleben keine Ruhe, Muße, Erholung mehr möglich ist. Der Abstand zur Arbeit kann nicht mehr hergestellt werden.

Im Hamsterrad. Keine Ruhe, nicht Innehalten, immer weiter arbeiten. So kann keine Zwischenbilanz gezogen werden, um die gefürchtete Imperfektion zu überdecken. Nie fertig werden, so aber auch nie versagt haben, erfordert die ständige Übernahme immer neuer Aufgaben. Innehalten führt zu schmerzlichen Erkenntnissen, dies aber ist die einzige Möglichkeit aufzuräumen.

Selbstwertregulation mit 3-Säulen-Modell nach Mentzos 1995



Die **erste rechte Säule** präsentiert das Größenselbst, aus dem sich Größenphantasien entwickeln, die bei allen Menschen mehr oder weniger lebenslang und mehr oder weniger bewusst als Größenphantasien bestehen bleiben. Daraus schließlich kann sich das reife Ideal Selbst (die realistisch korrigierte positive Vorstellung von sich selbst, die den Menschen trotz Fehlern, Misserfolgen, negativer Kritik usw. ein gewisses Maß an unerschütterlichem Selbstvertrauen mit einem gewissen Puffer garantiert) entwickeln. Diese Säule wird gestützt durch die Großzügigkeit der Eltern, der Götter, des Schicksals. So kann aus dieser Säule Sicherheit, Selbstvertrauen, Urvertrauen und gesunder Narzissmus entstehen und immer wieder neue Kraft geschöpft werden. Allerdings ist ein gewisses Maß an lebenslanger narzisstischer Zufuhr, Anerkennung und positiver Zuwendung von außen immer noch erforderlich. Je größer die Basis ist, umso mehr Enttäuschungen, Kränkungen und Misserfolge können verkraftet werden.

Die **zweite mittlere Säule** steht für die beim Kleinkind symbiotische Abhängigkeit der primären Bezugsperson, die sich zu den idealisierten Eltern, Bildern hin entwickelt und in ihrem oberen Abschnitt das reife Idealobjekt symbolisiert. Aus der symbiotischen Beziehung entwickelt sich über die Introjektion, Internalisierung und Identifikation das integrierte Objekt. Dies ermöglicht zum Einen eine Nutzung des vorbildhaften Objektanteils und andererseits eine kritische Auseinandersetzung mit Objekten im Kreislauf von Internalisierung und Externalisierung.

Die **dritte linke Säule** entspricht dem archaischen Über-Ich aus dem sich das ödipale Über-Ich und im oberen Abschnitt das reife Gewissen entwickelt. Gestärkt wird diese Säule durch Leistung, Pflichterfüllung und dadurch erreichte Anerkennung.

Die Funktion der Affekte

Informative Funktion: Angst, Schmerz, Wut, Freude, Scham, Trauer sind Affekte die den jeweiligen Ist-Zustand oder über die bevorstehenden Zustandsveränderungen emotional informieren. Dies ist die **Kommunikative Funktion:** Affekte haben psychovegetative Reaktionen zur Folge, die Bestandteile des jeweiligen affektiven Musters sind, darüber hinaus aber auch eine Signalwirkung haben. Dies ermöglicht die interpersonelle Kommunikation. **Motivierende Funktion:** Der lustvolle oder unlustvolle, der beruhigende

oder ängstigende Charakter des Affektes wird zu einem Motiv, das zu einer Reaktion oder Handlung führt.

Der depressive Affekt ist nicht identisch mit Trauergefühl, Verlustschmerz, Schamgefühl, Schuldgefühl, Erniedrigungsgefühl oder Kränkungsgefühl. Sie alle signalisieren etwas anderes, obwohl sie mit dem depressiven Affekt in Zusammenhang stehen. Der depressive Affekt signalisiert den eingetretenen oder akuten drohenden **intrapsychischen Stillstand** (Deadlock, von E. Gut), das Verschwinden von Zukunftsperspektiven, die Aussichts- und Hoffnungslosigkeit, das verlangsamte oder stillstehende Zeiterleben (im Sinne von v. Gebattel) oder das eingeschlossen werden in Grenzen, die man nicht übersteigen kann (Tellenbach 1983). Der begleitende **expressive psychovegetative Aspekt** wird in Mimik und Gestik deutlich und zeigt sich mit den Zeichen der psychomotorischen Hemmung, der Verlangsamung des Verschwindens der sichtbaren Vitalitätszeichen an Körperoberfläche, Augen, Muskulatur, Augen- und Gesichtsausdruck. Dies dient der **interpersonellen Kommunikation**, dieser Affekt soll zu einer Reaktion motivieren, die diesen höchst unangenehmen, unerträglichen Zustand beenden soll, notfalls auch durch Suizid. Dies ist das letzte Mittel, um das Selbst von diesem Zustand der Ausweglosigkeit und des Stillstands zu befreien.

Der depressive Konflikt: Unabhängigkeit kann somit nur erreicht werden, wenn die Beziehung zum primären Objekt abgebrochen wird. Dies geschieht sowohl im depressiven Rückzug, als auch in der manischen Übersteigerung des Selbstwertgefühls. Das Dilemma des Depressiven besteht darin, dass er auf die Zuwendung des primären Objektes angewiesen ist, diese aber nie wirklich erhalten kann. Die Wut, die aus der Enttäuschung resultiert, kann ebenfalls nicht gegen das primäre Objekt gerichtet werden, da es dann zerstört würde und die Chance einer Zuwendung für immer vernichtet wäre. Im Laufe des Lebens wird dieser Konflikt vom primären Objekt auf andere Objekte übertragen, dies kann die Ehefrau sein, dies kann aber auch eine Institution wie die Kassenärztliche Vereinigung oder die Gesundheitspolitik sein. Diese Übertragung hat gravierende Auswirkungen, wenn sie nicht bewusst gemacht wird. Sie stellt ein Dilemma dar, was zu schweren Krisen führen kann.

Disponierende Faktoren und Früherkennung

Frühkindliche Traumatisierungen

Störungen der Beziehungsfähigkeit

Störungen der Selbstwertregulation mit Selbstunsicherheit, Schuldanfälligkeit, Sucht nach Anerkennung und Liebe (Narzissmus) Früherkennung und Prophylaxe sind schwierig, da es

sich um leistungsorientierte Menschen handelt, die es nicht gewohnt sind zu scheitern. Gefährdete Menschen sollten vorsorgen und sich regelmäßig selbst testen. Sport, Freizeitaktivitäten, Entspannungsverfahren und Stabilisierung der eigenen Persönlichkeit und psychischen Gesundheit tragen wesentlich dazu bei, dass der Übergang von einer Überlastung in eine Depression nicht erfolgen kann.

Organische Untersuchungen

Ausführliche körperliche Untersuchung mit neurologischem Status, Ekg, Langzeit-Ekg, Belastungs-Ekg, evtl. Echokardiogramm. Labor: Blutbild, BZ, Kreat, Elektrolyte, Leberstatus, Urinstatus. Cortisol- und Serotonin, Spurenelemente wie Zink, Magnesium und Mangan werden vermehrt verbraucht, ebenso Vitamin B6 und B12. Eine Hypothyreose ist durch TSH-Bestimmung auszuschließen. Bei Männern ein Testosteronmangel.

Weitere Untersuchungen richten sich nach der Symptomatik.

Psychische Untersuchungen Erstinterview

Psychiatrische Untersuchung

Burnout-Selbsttest

Depressionstest, z.B. BDI, QIDS-SR

Fallbeispiele

Eine 49-jährige Internistin gibt ihren Kassensitz ab, obwohl die Gemeinschaftspraxis gute Umsätze erwirtschaftet, die Existenz also nicht gefährdet ist. Ursache sind schwere unlösbare Konflikte mit den Kollegen. Doch wie erklärt sich diese Entscheidung? Warum löst sich die Kollegin nicht aus der Gemeinschaft und führt ihre Praxis alleine weiter oder tut sich mit anderen Kollegen zusammen? Sie lebt in einer glücklichen Kleinfamilie, das Haus ist abbezahlt. Die erwartete Entlastung erfolgt nicht, ganz im Gegenteil, nach der Beendigung der Tätigkeit fällt sie in eine schwere Depression, die gewünschte Befreiung aus der Konfliktsituation, war nicht die Lösung. Es ist offensichtlich, dass das Problem auf einer tieferen Ebene liegt und aus einem inneren Konflikt der Kollegin resultiert. Die Analyse ergibt eine Kindheit mit abweisenden, kühlen Eltern, die Leistung und Verzicht von den Kindern forderten, ohne sie zu belohnen, oder ein liebevolles Zuhause zu vermitteln. Dazu war in diesem Falle, beispielhaft für viele Kollegen, die Leistung eine wichtige stabilisierende Säule für das Selbstwertgefühl, die nach Wegfall der ärztlichen Tätigkeit fehlte. Besonders ein Kollege machte ihr die Arbeit schwer, da er in gleicher Weise agierte wie sie es vom Vater gewohnt war.

Fallbeispiel 2 der Narziss

Ein Arztkollege begab sich nicht in Behandlung und endete tragisch. Es handelte sich um einen 55-jährigen smarten Chirurgen, der immer wieder Frauenaffären hatte, zum Schluss seine Familie verlässt und eine neue Ehe eingeht. Seine Praxis gibt er auf, nachdem ihn seine Eskapaden in den finanziellen Ruin getrieben hatten. Er versucht einen Neuanfang mit neuer beruflicher Identität, er möchte eine psychotherapeutische Weiterbildung beginnen, doch die Motivation zur Selbsterfahrung und Therapie ist zu gering. Ohne therapeutische Hilfe bricht die narzisstische Fassade zusammen und die Geschichte endet tragisch mit einem Suizid.

Verdrängung/Verleugnung

Frühkindliche, nicht verarbeitete Traumatisierungen, wie frühe Verluste, Missbrauch, Gewalt in der Familie sind oft lange Zeit schlummernde Herde, die bei zusätzlichen Belastungen zu einem Burnout-Syndrom und einer Depression führen können. Damit verbunden sind oft auch Störungen der Beziehungsfähigkeit und Störungen der Selbstwertregulation mit Selbstunsicherheit, Schuldanfälligkeit, Sucht nach Anerkennung und Liebe. Dies gehört zum Formenkreis des pathologischen Narzissmus. Auch körperliche Auffälligkeiten, die nicht in das Körperschema integriert wurden, stellen eine dauerhafte Belastung dar. Oft werden Traumata jahrzehntelang verdrängt und im Unbewussten gehalten, um nicht mit dem erlittenen Schmerz konfrontiert zu werden. Mit der abnehmenden Leistungsfähigkeit kommt es auch zu einer Schwächung der psychischen Abwehr und alte verdrängte Erinnerungen kommen wieder ins Bewusstsein. Das trägt zur Dekompensation bei.

Therapie: Verstehen ist das Wichtigste von Allen

Für Freud waren drei Dinge unmöglich: Regieren, Erziehen und Heilen. Nicht immer können wir heilen, aber helfen können wir in der Regel immer. Wichtig ist vor allem das Interesse an der Klärung der Erkrankung, des Konfliktes und an der individuellen Konfliktlösung des Patienten, auch wenn diese noch so absurd und verrückt erscheint. Viele meiner Patienten, auch meine psychotischen Patienten haben mich gelehrt, dass ihr irrationales Handeln mitunter eine Überlebensstrategie darstellen kann, die man nicht unreflektiert verurteilen darf und kann. So gilt es auch zunächst die Patienten mit ihrer Überlebensstrategie zu verstehen.

Drei-Stufen-Schema der Therapie

BO-Test 3-5	BO-Test 6-9	BO-Test 10-20
3x30 Min. Bewegung	3x30 Min. Bewegung	3x30 Min. Bewegung
Gesunde Ernährung	Gesunde Ernährung	Gesunde Ernährung
Entspannung	Entspannung	Entspannung
Psychodiagnostik	Psychotherapie	Psychotherapie
	Antidepressiva	Antidepressiva
		Stationäre Therapie

Die Therapie besteht in der **Entlastung von der Arbeit**. Das Heraustreten aus dem Hamsterrad ist unverzichtbar, um aus diesem Abstand heraus über den eigenen Standpunkt, die Lebens- und Arbeitssituation, die Perspektiven, persönlichen Ziele, Visionen und bestehende Konflikte nachdenken zu können. Die Einteilung nach dem Schweregrad basiert auf dem Burnout-Selbst-Test nach Bergner und der Symptomatik, die in einem teilstrukturierten psychoanalytischen Erstgespräch eruiert wird.

Durch **Bewegung und Sport**, mindestens 3 x 30 Min. pro Woche wird der Körper gefordert, der Kreislauf stabilisiert und damit auch der Gedanke an die eigene Gesundheit gefördert.

Gesunde Ernährung

Kein Alkohol

Keine Zigaretten

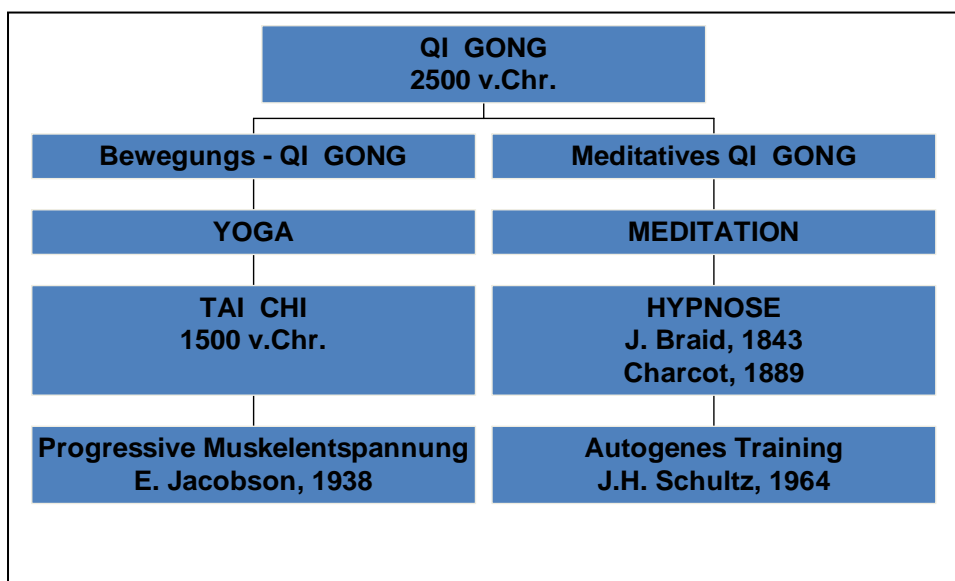
Keine Drogen

Mäßiger Kaffee- und Teekonsum

Regelmäßige ausgewogene Mahlzeiten in ruhiger Umgebung, nicht vor dem Fernseher oder Computer

Trinkmenge 2 Liter Wasser pro Tag

Entspannung



Die Historie der Entspannungsverfahren

Durch Entspannung wie Qi Gong, die Urform aller Entspannungsverfahren, 2500 v.Chr. entwickelt, Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation, Tai Chi, etc. wird die psychotherapeutische Arbeit unterstützt.

Medikamentöse antidepressive Therapie

Diese sollte von einem Psychiater/Nervenarzt eingeleitet werden

Therapie Stufe 3

2007 wurde das Burnout-Projekt in Davos gestartet. Als eine neue geeignete Therapieform entwickelte sich die Kurzzeit-Psychoanalyse. Die Behandlung erstreckt sich mit 3 bis 4 Stunden pro Woche über 6 bis 12 Wochen. Nach 4 bis 6 Wochen sind die aktuellen Konflikte geklärt, wenn auch nicht immer gelöst und die Familien- und Lebensgeschichte bei guter Compliance erarbeitet. Zu diesem Zeitpunkt kann eine realistische prognostische Einschätzung über den weiteren Verlauf erfolgen. Junge Kollegen sind oft nach 6 Wochen schon wieder arbeitsfähig, bei älteren dauert es länger.

Schlussfolgerungen

Eine Störung der Selbstwertregulation führt zur Depression

Berufliche Krisen führen so zu schweren Störungen der Selbstwertregulation und damit zur Depression.

Bei Burnout-Patienten ist die berufliche Identität Teil der Kernidentität.

Besonderheit des Burnout-Syndroms ist die manifome Abwehr der Depression

11 Empfehlungen zur Vorbeugung einer Depression, eines Burnout-Syndroms

- 1. Kritik, Sorge, Innere Widerstände, körperliches und psychisches Unbehagen ernst nehmen!**
- 2. Bewusstheit über die Verantwortung und der damit verbundenen Macht als Ärztin/Arzt**
- 3. Freizeit, Familie und Freunde pflegen**
- 4. Gesunde Ernährung**
- 5. Keinen Alkohol, Nikotin und Drogen**
- 6. Regelmäßig Bewegung, Sport**
- 7. Kulturelle Interessen pflegen**
- 8. Sinnvolle Fortbildung unter Berücksichtigung der eigenen Berufsideale**
- 9. In Krisen gedanklich zurückgehen zu guten Zeiten**

10. Rechtzeitig beim Fachkollegen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychoanalyse vorstellen

11. Immer auf Kurs bleiben!

Literatur

1. Babai, Amir. Zur Psychologie und Psychotherapie Ibn Sinas (1999). Glienicke, Berlin, Cambridge, Massachusetts: Galda+Wilch Verlag
2. Bergner, Thomas M.H. Bergner. Burnout bei Ärzten (2006). Stuttgart, New York: Schattauer
3. Bergner, T. Burn-Out bei Ärzten: Lebensaufgabe statt Lebens-Aufgabe, (2004) Dt. Ärzteblatt; 101(33): A-2232/B-1866/C-1797
4. Braun et al. Burn-Out, Depression und Substanzgebrauch bei Ärzten – Ein Überblick zur derzeitigen Datenlage in Deutschland, psychoneuro, (2007), 33 (1/02): 19-22
5. Burisch, Mathias. Das Burnout-Syndrom (2006); Heidelberg: Springer-Verlag
6. Buddeberg-Fischer, Barbara. Vortrag in Davos, 21. Interdisziplinäre Sommer Seminar Woche (2007)
7. Cherniss Cary. Jenseits von Burnout und Praxisschock (1995); Weinheim, Basel: Beltz-Verlag
8. Fengler, J. Helfen macht müde. Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation. (2008) Klett-Cotta, 7. Auflage.
9. Freudenberg H. Staff Burnout. J Social Issues (1974); 30: 159-165
10. Freudenberg H. Ausgebrannt (1980); Wien, Kindler
11. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory Manual. 3rd ed. (1996) Palo Alto: Consulting Psychologists Press
12. Mentzos, S. Depression und Manie. Psychodynamik und Therapie affektiver Störungen. (2001). Vandenhoeck & Ruprecht
13. Mentzos, S. Lehrbuch der Psychodynamik (2010) Vandenhoeck & Ruprecht
14. Reimer, C. & Jurkat, H.B., Mäulen, B. & Stetter, F. Zur Problematik der Suchtgefährdung von berufstätigen Medizinern. Lebensqualität und Gesundheitsverhalten von Ärztinnen und Ärzten mit und ohne Substanzabhängigkeit. (2001) Psychotherapeut, 46, 376-385.
15. Reimer, C., Trinkaus, S. & Jurkat, H.B. Suizidalität bei Ärztinnen und Ärzten. (2005). Psychiatrische Praxis, 32, 381-385.
16. Rösing, Ina . Ist die Burnout-Forschung ausgebrannt? (2008), Kröning, Asanger-Verlag

17. Schmidbauer, W. Hilflose Helfer: Über die seelische Problematik der helfenden Berufe. (1997). Rowohlt.
18. Schmidbauer, W. Das Helfersyndrom: Hilfe für Helfer. (2007) Rowohlt.
19. Schüler-Schneider A. Ärztliche Identität zwischen Pflichterfüllung und Burnout (2008), Frankfurt am Main
20. Siegrist J. Adverse health effects of high effort – low reward conditions at work (1996). Journal of Occupational Health Psychology, 1, 27-43
21. Siegrist J. Effort-reward Imbalance at Work and Health (2002). In: P Perrewe & Ganster (Eds.). Research in Occupational Stress and Well Being, Vol.2: Historical and Current Perspectives an Stress and Health. New York: JAI Elsevier, 261-291