

Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel
Serge Brand, Edith Holsboer-Trachsler

Das Burnout Syndrom – eine Übersicht

Burnout ist ein arbeitspsychologisches Konstrukt, welches durch emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und verminderte subjektive Leistungsfähigkeit gekennzeichnet ist. Die Prävalenzrate schwankt in Abhängigkeit von Beruf, Erhebungsmethodik und Population zwischen 10 % und 50 %. Männer und Frauen erleiden gleichhäufig Burnout. Der Schlaf scheint spezifisch durch die emotionale und physische Erschöpfung, und weniger durch Depressivität beeinträchtigt zu sein. Die Behandlung von Burnout fokussiert auf Veränderungen am Arbeitsplatz und auf Veränderungen subjektiver Standards zur Bedeutsamkeit von Arbeit und Arbeitsleistung.

Burnout – Symptomatik

Während in der breiten Öffentlichkeit der Begriff „Burnout“ stellvertretend für jegliche Form einer Erschöpfung steht, verstanden gegen Ende der Siebziger Jahre Christina Maslach und Susan Jackson [1] Burnout als die Unfähigkeit, die eigene Arbeit zügig, präzise und zufriedenstellend auszuführen.

Diese Unfähigkeit interpretierten sie als Folge einer länger dauernden, also chronischen, und extensiven Belastung am Arbeitsplatz. Maslach und Jackson stellten hierbei die drei Kernaspekte von emotionaler Erschöpfung, Depersonalisation und verringerter Leistungsfähigkeit in den Vordergrund (Tab. 1).

Burnout wird als Endzustand eines schleichenden Prozesses verstanden, bei welchem die Ressourcen fast unmerklich, aber stetig versiegen [2]. Idealtypisch [2–4] wird zu Beginn ein sehr hoher Enthusiasmus für die Arbeit und für Kunden/Patienten/Schüler beschrieben; erste Warnzeichen eines beginnenden Burnouts sind Symptome wie Hyperaktivität, chronische Müdigkeit oder das Nichtbeachten eigener Bedürfnisse. In der Folge kommt es zu einer Verringerung der kognitiven, emotionalen und sozialen Leistungsfähigkeit, welche durch eine verminderte Motivation, Kreativität und mentale Flexibilität begleitet sind. Sogenannte psychosomatische Beschwerden wie

Schlafstörungen, diffuse körperliche Schmerzen, verändertes Ess- und Sexualverhalten werden zu Beginn einer tiefgreifenden Verzweiflung beobachtet; diese Verzweiflung ist durch Gefühle der Hilflosigkeit, Niedergeschlagenheit, Sinnlosigkeit und Ausweglosigkeit geprägt.

Burnout – Ätiologie

Die Entstehung und Aufrechterhaltung von Burnout kann modellhaft als ein zunehmendes und chronisches Ungleichgewicht zwischen (äußeren) Anforderungen und persönlichen Möglichkeiten verstanden werden (Abb. 1). Hierbei spielen Persönlichkeitsmerkmale, soziale und organisationspsychologische Faktoren und Stress eine wichtige Rolle. Die persönlichen Risikofaktoren sind zweigeteilt: Einerseits kann eine Person zu hohe Ansprüche haben; hierbei stehen Perfektionismus, ein übersteigertes Helferbedürfnis, aber auch hohe Neurotizismuswerte im Vordergrund; diese Person „will zu viel“. Andererseits kann eine Person sehr schuldanhänglich sein, einen geringen Selbstwert entwickelt haben oder ein starkes Bedürfnis nach Zuwendung verspüren; diese Person befürchtet, „zu wenig zu können“ (zusammenfassend aus [3, 4]). Belegt ist zudem, dass Personen ohne starke soziale Bindungen, also Singles, geschiedene oder verwit-

wete Arbeitnehmer ein erhöhtes Risiko aufweisen, an Burnout zu erkranken [5]. Umweltfaktoren fokussieren auf ungünstige Arbeitsbedingungen; hierbei erwähnt schon in den Siebziger Jahren Erikson und Kollegen [6] Unter- und Überbeförderungen mit den damit verbundenen Unter- und Überforderungen. Eine geringe oder ungünstige Unterstützung seitens der Arbeitskollegen als Burnout-verstärkender Faktor wurde von Jenkins und Elliott [7] beobachtet. Eine geringe Möglichkeit, die Arbeit zu gestalten („low job control“) bei gleichzeitigen hohen Anforderungen („high demand“) wirkte sich Burnout-begünstigend aus [3, 4, 8]. Eine Sonderstellung nehmen ungünstige Copingstrategien ein, die sowohl den objektiv messbaren Belastungen wie auch Persönlichkeitsvariablen zugeordnet werden. Ungünstig sind Copingstrategien dann, wenn deren Anwendung kurzfristig zu einer Entlastung führt, langfristig die Stresssituationen jedoch aufrechterhalten und verstärken. Zu den ungünstigen Copingstrategien zählen unter anderem Substanzmissbrauch, sozialer Rückzug, Vermeidung, Flucht, Selbstmitleid, Resignation oder Gedankenkreisen; zu den günstigen Copingstrategien zählen unter anderem Bagatellisieren, Problemanalyse, Selbstinstruktionen, Beseitigung der Stressquellen, Selbstregulation und Humor [9]. Wichtig ist hierbei zu unterstreichen, dass unter schwierigen Arbeitssituationen eine günstige Copingstrategie nicht immer anwendbar ist: In Abhängigkeit der wirtschaftlichen und finanziellen Situation kann es sich zum Beispiel eine alleinerziehende Mutter von drei Kindern nicht leisten, die Stressquelle (respektloser Vorgesetzter; Schichtarbeit; geringes Gehalt; wenig Gestaltungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz) zu beseitigen oder ihrer schwierige Lage mit mehr Humor zu begegnen; vielmehr bleibt ihr im Sinne eines emotions-

fokussierten Ansatzes [10] nicht viel mehr übrig, als ihre Emotionen durch Vermeidung oder Resignation zu regulieren. Persönliche Risikofaktoren und Umweltfaktoren sind nicht als statische Einheiten zu verstehen; vielmehr münden sie nach *Hobfoll* [2] in einen schleichenden Ressourcenverlust. Dieser Ressourcenverlust wird nach *Cherniss* [11] als Diskrepanz zwischen den (äußerlichen) Anforderungen und den

persönlichen Möglichkeiten wahrgenommen. Ressourcenverlust und die Anforderungen-/Möglichkeiten-Diskrepanz führen zum Burnout. Wichtig ist hierbei, dass durch den Ressourcenverlust und die Anforderungen-/Möglichkeiten-Diskrepanz Burnout entsteht UND aufrecht erhalten bleibt. Langzeitstudien zeigen [12], dass unbehandelte Burnoutsymptome persistieren.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Burnout durch intrapsychische und arbeitsbedingte Faktoren ausgelöst und aufrechterhalten wird. Daraus lassen sich drei Folgerungen ableiten: Es gibt keine wissenschaftliche Evidenz, dass ausschließlich Persönlichkeitsmerkmale das Auftreten von Burnout erklären; Burnout ist vielmehr ein Produkt einer ungenügenden Personen-Umwelt-Anpassung; die Be-

Tabelle 1 Kernsymptome von Burnout nach Maslach und Jackson [1]

Kernsymptom	Beschreibung	Typische Verhaltensweisen	Ziel/Zweck der Verhaltensweisen
1 Emotionale Erschöpfung	Erschöpfungsgefühle aufgrund schwindender Energien; im Vordergrund stehen hierbei die emotionale und körperliche Kraftlosigkeit wegen der langanhaltenden berufsbezogenen Belastung	<ul style="list-style-type: none"> • Frustration, Angst • Schnelle Erschöpfung nach wenigen Arbeitsstunden; • Morgens und auch an Wochenenden erschöpft; • Hobbies und soziale Aktivitäten werden verringert 	Überlastung verringern, bzw. die noch bestehenden Ressourcen nicht gleich aufbrauchen lassen
2 Depersonalisation/ Zynismus	Eine negative oder teilnahmslose Haltung gegenüber anderen Mitmenschen; diese Personen können Mitarbeiterinnen, Kunden, Schüler, Studentinnen, Familienangehörige oder Kollegen aus Freundeskreis und Hobby sein	<ul style="list-style-type: none"> • Abschätziges Äußerungen gegenüber Mitmenschen; • Gefühle zu Mitmenschen wie Freude, Empathie, Anteilnahme, Trauer, Spannung, Kummer sind vollständig abgeflacht; bei Gesprächen fehlt die „innere“, emotionale Beteiligung • Freizeit, soziale Aktivitäten werden als sinn- und nutzlos eingeschätzt 	Distanz schaffen zu anderen Menschen; Emotional-soziale Überforderung verringern
3 Verringerte persönliche Leistungsfähigkeit	Versagensverlust, Unzufriedenheit mit der eigenen Leistung sowie das fehlende Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit stehen im Vordergrund	<ul style="list-style-type: none"> • Substanzmissbrauch • Überstunden • Wochenendarbeit • Veränderungen und Probleme werden gemieden 	Leistungsfähigkeit „medikamentös“ erhöhen; mangelnde Leistungsfähigkeit mittels Medikamente kompensieren; „medikamentös“ nicht wahrnehmen lassen; Suche nach Ablenkung Mangelnde Produktivität kompensieren Beruf ist hauptsächlich Lebensinhalt Überlastung/Zusatzanstrengungen verringern

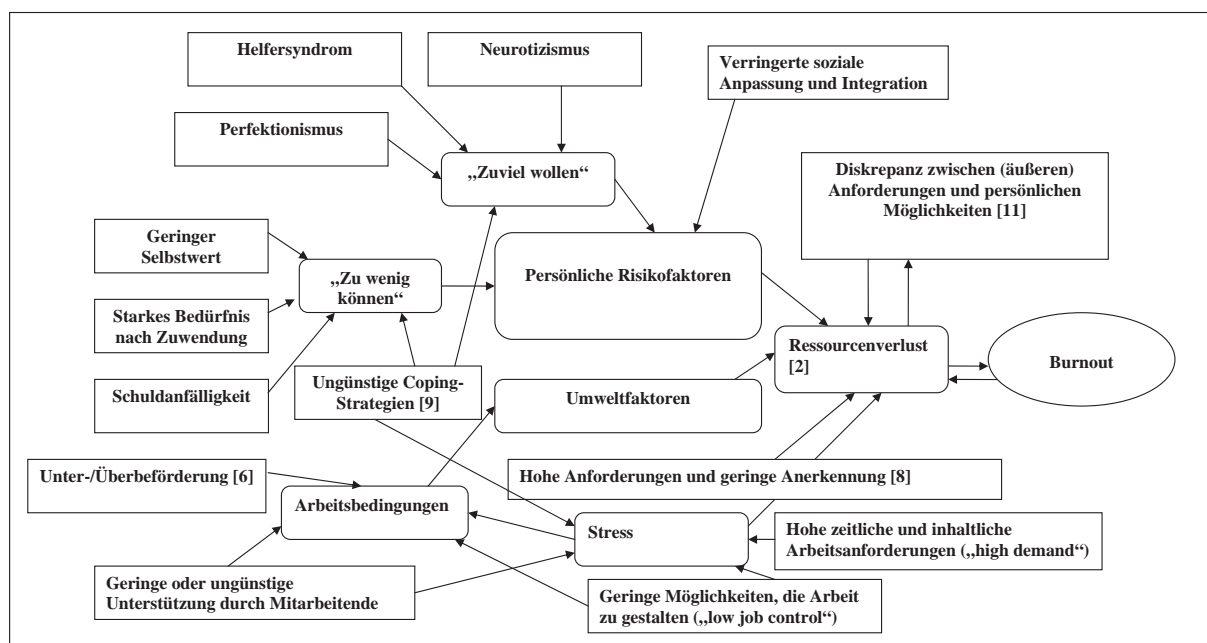


Abbildung 1 Hypothetisches Modell zur Erklärung, wie Burnout entsteht und aufrechterhalten wird (zusammengestellt aus [2–12; 22])

handlung von Burnout richtet sich auf Veränderungen der kognitiv-emotionalen Strukturen der Person und auf günstigere Arbeitsbedingungen.

Ist Burnout geschlechtsspezifisch?

In einer norwegischen Studie mit einem größeren Untersuchungskollektiv (N = 4507) war Burnout mit vermehrten Muskelschmerzen in Abhängigkeit vom Berufsstand (Busfahrer vs. Juristen), nicht aber vom Geschlecht abhängig [13]. Geringe bis keine Geschlechtsunterschiede wurden bei 492 niedergelassenen Zahnärzten [14], und bei 158 Fachärzten für Allgemeinmedizin und Psychiatrie gefunden. Auffallend war in dieser Studie jedoch die hohe Burnout-Prävalenzrate von 13% [15]. Ebenfalls keine Geschlechtsunterschiede wurden bei 2231 befragten Erwachsenen beobachtet [16]. Insgesamt kann festgehal-

ten werden, dass Burnout weder eine „Männer-“, noch eine „Frauensache“ ist.

Burnout und Schlafstörungen

Schlafstörungen und psychische Belastungen bedingen sich gegenseitig: Einerseits sind Arbeitnehmer mit Schlafstörungen am Arbeitsplatz mehr abwesend; sie beanspruchen das Gesundheitssystem mehr [17], weisen eine geringere berufsbezogene Selbstsicherheit, eine geringere Arbeitszufriedenheit und eine verminderte Arbeitseffizienz auf [18]. Andererseits führen ungünstige Arbeitsbedingungen wie lange und unregelmäßige Arbeitszeiten, sehr hohe Forderungen bei gleichzeitig geringer Gestaltungsmöglichkeit und Selbstverantwortung („high demand and low control“) zu Schlafstörungen und psychosozialen Belastungen [19]. Burnout ist ebenfalls mit ungünstigem Schlaf assoziiert, wobei die zeitliche Ab-

folge unklar bleibt. Vermehrte Schlafstörungen sind bei Ärzten mit hohen Burnoutwerten beobachtet worden [20], wobei erhöhte Burnoutwerte mit erhöhter Tagesschläfrigkeit und vermehrtem nächtlichen Aufwachen assoziiert waren [21]. An einem größeren Kollektiv von 2231 Erwachsenen (Alter: 40,8 Jahre) konnte gezeigt werden, dass spezifisch die emotionale und körperliche Erschöpfung, nicht aber depressive Symptome, erhöhte Schlafstörungswerte voraussagten [16]. Insgesamt kann festgehalten werden, dass Burnout mit Schlafstörungen assoziiert ist. Aufgrund der unklaren Ursachen-Wirkungsrichtung macht es Sinn, die beiden Beschwerden gesondert und spezifisch zu behandeln.

Burnout und depressive Störungen

In einer Metaanalyse konnten *Schaufeli und Enzmann* [22] zeigen, dass sich

Depressionen und emotionale Erschöpfung überlappen, und *Iacovides et al.* [23] betrachten Depression und Burnout als zwei separate Phänomene mit gemeinsamen Charakteristika. Übereinstimmend wird davon ausgegangen, dass ein sehr schwerer Burnout in eine depressive Störung münden kann [4].

Behandlung von Burnout

Die Behandlung fokussiert auf drei Ebenen: 1) Ungünstige physiologische Prozesse wie eine erhöhte Stressachsenaktivität werden vorwiegend medikamentös und fachärztlich behandelt. 2) Ungünstige Arbeitsbedingungen werden durch organisationspsychologische Maßnahmen verbessert: z. B. Arbeitsumverteilungen; vermehrte Pausen; häufige, positive Feedbackgespräche; Arbeitszeitenkontrolle; Beurlaubungen; Verantwortungsverlagerungen; job rotation; Psychoedukation, z. B. zum Umgang mit Informationsflut und Abgrenzung, u. ä. 3) Ungünstige Persönlichkeitsmerkmale und ungünstige Copingstrategien werden psychotherapeutisch behandelt. Im Vordergrund steht die Umstrukturierung dysfunktionaler kognitiver Schemata wie Perfektionismus, Helferbedürfnis, oder verzerrte Bedeutsamkeit der Arbeit [24]. Weiter wird auf den Aufbau eines von der Arbeit unabhängigen Selbstwertes fokussiert [24]. Entspannungsverfahren wie autogenes Training, „mindfulness based stress reduction“ oder Yoga dienen der allgemeinen Verringerung innerer Anspannungen. Bedeutsam ist ebenfalls der Aufbau einer regelmäßigen körperlichen Aktivität zur Verbesserung des Schlafs [25] und zur Stressreduktion [26]. Wiederholt wurde auf die Bedeutsamkeit günstiger sozialer Netze wie Familie und Freunde und vertrauenswürdige Arbeitskollegen [27] zur

Prävention und Rückfallprophylaxe von Burnout hingewiesen.

The burnout syndrome – an overview
Burnout denotes an occupational health concept of emotional and physical exhaustion, depersonalization and decreased personal accomplishment. Prevalence rates range from 10% to 50%, depending from profession, assessment tools and population. Generally, both women and men are equally affected by burnout. Poor sleep is specifically associated rather with emotional and physical exhaustion than with depressive symptoms. Treating burnout focuses on change of work-related conditions and of dysfunctional cognitive-emotional structures.

Literatur

- Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav* 1981; 2: 99 – 113.
- Hobfoll SE. Stress, culture, and community. New York: Plenum Press, 1998.
- Burisch M. Das Burnout-Syndrom. 3. Auflage. Heidelberg: Springer, 2006.
- Nil R, Jacobshagen N, Schächinger H, Baumann P, Höck P, Hättenschwiler J, Ramseier F, Seifritz E, Holsboer-Trachsler E. Burnout – Eine Standortbestimmung. *Schw Archiv Neurol Psychiatrie* 2010; 161: 72–77.
- Ahola K, Honkonen T, Virtanen M, Kivimäki M, Isometsä E, Aromaa A, Lönnqvist J. Interventions in relation to occupational burnout: the population-based health 2000 study. *J Occup Environ Med.* 2007; 49: 943–52.
- Erikson J, Edwards D, Gunderson EK. Status congruency and mental health. *Psychological Reports* 1973; 33: 395–401.
- Jenkins R, Elliott P. Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. *J Adv Nurs* 2004; 48: 622–31.
- Siegrist J. Adverse health effects of high effort/low reward conditions. *J Occup Health Psychol* 1996; 1: 27–41.
- Erdmann G, Janke W. Stressverarbeitungsfragebogen. Stress, Stressverarbeitung und ihre Erfassung durch ein mehrdimensionales Testsystem. Göttingen: Hogrefe, 2006.
- Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer, 1984.
- Cherniss C. Cultural trends: Political, economic, and historical roots of the Problem: In Paine WS, ed. *Job stress and burnout*. Beverly Hills: Sage, 1982: 83–94.
- Greenglass ER, Burke RJ, Konarski R. A study of the consistency of burnout over time. *J Health Hum Serv Adm* 1999; 21: 429–40.
- Langballe EM, Innstrand ST, Hagtvet KA, Falkum E, Gjerløw Aasland O. The relationship between burnout and musculoskeletal pain in seven Norwegian occupational groups. *Work* 2009; 32: 179–88.
- te Brake H, Bloemendal E, Hoogstraten J. Gender differences in burnout among Dutch dentists. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31: 321–7.
- Prins JT, Hoekstra-Weebers JE, van de Wiel HB, Gazendam-Donofrio SM, Sprangers F, Jaspers FC, van der Heijden FM. Burnout among Dutch medical residents. *Int J Behav Med* 2007; 14: 119–25.
- Brand S, Beck J, Hatzinger M, Harbaugh A, Ruch W, Holsboer-Trachsler E: Associations between satisfaction with life, burnout-re-

- lated emotional and physical exhaustion, and sleep complaints. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 2010; 11; 744–754.
17. Godet-Cayre V, Pelletier-Fleury N, Le Vaillant M, Dinet J, Massuel MA, Leger D. Insomnia and absenteeism at work. Who pays the cost? *Sleep* 2006; 29: 179–184.
 18. Leger D, Massuel MA, Metlaine A, SYSPHE Group. Professional correlates of insomnia. *Sleep* 2006; 29: 171–178.
 19. Brand S, Hermann B, Muheim F, Beck J, Holsboer-Trachsler E. Sleep patterns, work, and strain among young students in hospitality and tourism. *Ind Health*. 2008; 46: 199–209.
 20. Vela-Bueno A, Moreno-Jiménez B, Rodríguez-Muñoz A, Olavarrieta-Bernardino S, Fernández-Mendoza J, De la Cruz-Troca JJ, Bixler EO, Vgontzas AN. Insomnia and sleep quality among primary care physicians with low and high burnout levels. *J Psychosom Res* 2008; 64: 435–42.
 21. Grossi G, Perski A, Evengård B, Blomkvist V, Orth-Gomér K. Physiological correlates of burnout among women. *J Psychosom Res* 2003; 55: 309–16.
 22. Schaufeli WB, Enzmann D. *The burnout companion to study & practice. A critical analysis*. Philadelphia: Taylor & Francis, 1998
 23. Iacovides A, Fountoulakis KN, Kaprinis S, Kaprinis G. The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *J Affect Disord* 2003; 75: 209–21.
 24. Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D. *Selbstmanagement-Therapie*. Heidelberg: Springer, 2006.
 25. Brand S, Gerber M, Beck J, Hatzinger M, Pühse U, Holsboer-Trachsler E. Exercising, sleep-EEG patterns, and psychological functioning are related among adolescents. *World J Biol Psychiatry*. 2010; 11: 129–40.
 26. Gerber M, Pühse U. Review article: do exercise and fitness protect against stress-induced health complaints? A review of the literature. *Scand J Public Health* 2009; 37: 801–19.
 27. Marjanovic Z, Greenglass ER, Coffey S. The relevance of psychosocial variables and working conditions in predicting nurses' coping strategies during the SARS crisis: an online questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2007; 44: 991–8.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Edith Holsboer-Trachsler
 Universitäre Psychiatrische Kliniken
 (UPK) Basel
 Wilhelm Klein-Straße 27
 CH - 4012 Basel

edith.holsboer@upkbs.ch