

Burnout-Behandlung Teil 2: Praktische Empfehlungen

Barbara Hochstrasser^{a,1}, Toni Brühlmann^{b,2}, Katja Cattapan^{c,1}, Josef Hättenschwiler^{d,2}, Edith Holsboer-Trachsler^{e,1}, Wolfram Kawohl^{f,1}, Beate Schulze^{g,1}, Erich Seifritz^{h,2}, Wilmar Schaufeli^{i,1}, Andi Zemp^{j,1}, Martin E. Keck^{k,1/2}

^a Privatklinik Meiringen, Meiringen; ^b Privatklinik Hohenegg, Meilen am Zürichsee; ^c Sanatorium Kilchberg, Kilchberg, und Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Bern; ^d Zentrum für Angst- und Depressionsbehandlung, Zürich; ^e Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK), Basel; ^f Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Psychiatrische Universitätsklinik, Zürich; ^g Schulze Resource Consulting, Zürich und Genf, sowie Universität Leipzig, Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health, Leipzig, Deutschland; ^h Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Psychiatrische Universitätsklinik, Zürich; ⁱ Universität Utrecht, Niederlande, und KU Leuven, Belgien; ^j Privatklinik Wyss, Münchenbuchsee; ^k Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München, Deutschland

¹ Schweizer Expertennetzwerk für Burnout (SEB)

² Schweizerische Gesellschaft für Angst & Depression (SGAD)

Im Auftrag der Ständigen Kommission Qualität der FMPP/SGPP-Mitglieder Daniel Bielinski und Anouk Gehret.

Die Artikel in der Rubrik «Richtlinien» geben nicht unbedingt die Ansicht der SMF-Redaktion wieder. Die Inhalte unterstehen der redaktionellen Verantwortung der unterzeichnenden Fachgesellschaft bzw. Arbeitsgruppe.

Aus psychiatrischer Sicht ist Burnout keine Krankheit im engeren Sinne und wird weder in der ICD-10 [1] noch der DSM-5 als eigentliche psychiatrische Diagnose aufgeführt (siehe dazu Therapieempfehlungen «Burnout-Behandlung Teil 1: Grundlagen», SMF 25/2016). Burnout ist vielmehr ein Risikozustand, der bei Chronifizierung einer andauernden Stressbelastung zu psychiatrischen und somatischen Folgeerkrankungen führen kann. Aktuell existieren wenige Studien zur Therapie von Burnout, die nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin randomisiert, plazebokontrolliert und doppelblind durchgeführt wurden. Aufgrund einer weitreichenden Überschneidung zwischen Burnout und Depression, komorbiden Angst-, Abhängigkeits-, Schlaf- und anderen psychiatrischen Störungen [2] setzen sich die hier geschilderten Therapieempfehlungen aus der Literatur zu den einzelnen Erkrankungen sowie der klinischen Praxis und Erfahrung der Autoren zusammen. Die vorliegenden Behandlungsempfehlungen wurden im Auftrag der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) vom Schweizer Expertennetzwerk für Burnout (SEB) unter Mitwirkung der Schweizerischen Gesellschaft für Angst und Depression (SGAD) erstellt.

Klinische Präsentation

Die klinische Präsentation von Burnout ist gekennzeichnet durch eine ausgeprägte und andauernde Erschöpfung bei gleichzeitig beeinträchtigter Erholungsfähigkeit, begleitet durch Symptome einer Stressbelastung wie hohe Reizsensibilität, Aggressivität, emotionale Labilität, Aufmerksamkeitsstörungen, multiple vegetative Symptome, Schlafstörungen und Leistungseinbussen. Burnout entsteht durch chronische, vorwiegend, aber

nicht ausschliesslich, arbeitsbedingte Stressbelastungen. Die Symptomatik ist individuell variabel, lässt sich aber in vier Dimensionen einteilen (Tab. 1). Da Burnout als Prozess zu verstehen ist, der sich von einer zunehmend chronischen Stressbelastung meist zu einer Depression mit deutlicher Belastungsinsuffizienz entwickelt, ist die Symptomatik abhängig vom Stadium der Burnoutentwicklung. Ein vereinfachtes Phasenmodell des Burnouts beschreibt drei Stadien (Tab. 2).

Tabelle 1: Symptomatik bei Burnout.

Psychische Symptome	Emotionale Erschöpfung Emotionale Labilität Reizbarkeit Aggressivität Unsicherheit Ängste, Panik Niedergeschlagenheit Motivationsverlust
Körperliche Symptome	Müdigkeit Erholungsunfähigkeit Schlafstörungen Vegetative Symptome (Verdauungsstörungen, multiple Schmerzen in Bauch, Rücken, Nacken, Zähnen, Kopf) Infektanfälligkeit
Kognitive Symptome	Aufmerksamkeitsstörung Konzentrationsstörung Gedächtnisstörung Entscheidungsschwierigkeit Reduzierte geistige Flexibilität
Verhaltensänderungen	Erhöhte oder verminderte Aktivität Sozialer Rückzug Suchtverhalten Leistungsminderung Arbeitsabwesenheit Unfalltendenz Reduzierte Belastbarkeit

Tabelle 2: Vereinfachtes Phasenmodell des Burnoutprozesses.

Stadium	Hauptsächliche Symptome
Stadium 1 Erhöhte Stressbelastung	Nervosität, Reizbarkeit, Aufmerksamkeitsstörungen, Überaktivität, vegetative Symptome, unregelmässige Schlafstörungen, Symptomatik reversibel bei längerer Erholungsphase
Stadium 2 Leichtes oder mittelschweres Burnout	Erschöpfung, regelmässige Schlafstörungen (Ein- und Durchschlafstörungen), reduzierte Aktivität, sozialer Rückzug, emotionale Labilität, Überdruß, Demotivierung, reduzierte Erholungsfähigkeit, dauerhafte vegetative Symptome, multiple Schmerzen, kognitive Symptome (Konzentrations- und Gedächtnisstörungen), Niedergeschlagenheit, Interesse und Freudfähigkeit erhalten
Stadium 3 Schweres Burnout mit klinischer Depression	Ausgeprägte Erschöpfung, reduzierte Erholungsfähigkeit, Schlafstörungen, Früherwachen, Freud- und Interesselosigkeit, Depressivität, Reduktion von Appetit und Libido, ausgeprägte kognitive Symptome, dauerhafte vegetative Symptome, multiple Schmerzen, Hoffnungslosigkeit, unter Umständen Suizidalität

Tabelle 3: Auswahl medizinischer Differentialdiagnosen.

Fachbereich	Wichtigste Differentialdiagnosen
Internistisch	z.B. schwere Anämie, Vitamin-D ₃ -Mangel, metabolisches Syndrom, hypophysäre/hypothalamische Erkrankungen
Neurologisch	z.B. Schlafapnoe, Restless legs, Pickwick-Syndrom, Myopathien, Enzephalitiden, Krampfanfälle, Status nach Schädel-Hirn-Trauma, Multiple Sklerose, Myasthenia gravis, Morbus Parkinson, Borreliose des Zentralnervensystems
Endokrin	z.B. Hypophyseninsuffizienz (auch nach Bagatell-Schädel-Hirn-Trauma), Hypothyreose, Diabetes, Morbus Cushing, Morbus Addison
Infektiös	z.B. Borreliose, Schlafkrankheit, chronische Tuberkulose, HIV, Epstein Barr, Malaria
Onkologisch	z.B. Kraniopharyngeom, Lambert-Eaton-Syndrom, Tumoren/Paraneoplasien jeder Art
Medikamentös	z.B. Antihypertensiva, Sedativa, Benzodiazepine, sedierende Antidepressiva, Antipsychotika

Tabelle 4: Wichtigste psychiatrische Differentialdiagnosen von Burnout.

Psychische Störung	Zu beachtende Merkmale
Depressive Störungen	Depressive Stimmung, Interesselosigkeit, Früherwachen, ausgeprägte kognitive Störungen, veränderte Psychomotorik, Suizidalität, Cave: Bipolare Depression mit Phasen der Manie
Angststörungen	Klassische Panikattacken, antizipatorische Ängste, spezifische Phobien
Neurasthenie	Langdauernde und chronisch reduzierte Belastbarkeit und Erschöpfungstendenz bei geringfügigen geistigen oder körperlichen Anstrengungen
Sucht (Alkohol, Sedativa)	Anamnese der langdauernden, nicht mehr unterbrechbaren Einnahme, eventuell Entzugerscheinungen
Hyperaktivitätssyndrom	Nervosität, Konzentrationsstörungen, Hyperaktivität, Stimmungsschwankungen, anamnestisch seit Kindheit vorhanden
Anpassungsstörungen	Kurz- oder langdauernde Veränderungen in Stimmung und Verhalten als Folge von Ereignissen, die nicht für eine andere Störung qualifizieren
Zwangsstörung	Zwangsgedanken und Rituale, die deutlich beeinträchtigend wirken und vor der Stressbelastung schon vorlagen
Persönlichkeitsakzentuierung, Persönlichkeitsstörung	Entsprechende Kognitionen und Verhaltensmuster, vor allem mit narzisstischer, abhängiger oder selbstunsicherer Prägung

Diagnose

Evaluation und Differentialdiagnose

Erschöpfung und weitere Symptome bei Burnout sind nicht spezifisch für dieses Syndrom, so dass eine gründliche Differentialdiagnose psychiatrischer, internistischer und gegebenenfalls neurologischer Erkrankungen mit einer anfänglichen Evaluation vorgenommen werden muss. Dabei geht es einerseits darum, primäre körperliche oder psychiatrische Erkrankungen abzuklären, andererseits jedoch auch komorbid mit Burnout auftretende Störungen zu erfassen.

Internistisch-neurologisch

Aus internistisch-neurologischer Sicht muss eine Reihe von Differentialdiagnosen, die ebenfalls mit chronischer Erschöpfung einhergehen können, ausgeschlossen werden. Neben endokrinen und neurologischen Störungen sind infektiöse, onkologische und autoimmune Erkrankungen besonders zu beachten. Zudem sind kardiovaskuläre Erkrankungen, metabolisches Syndrom, Diabetes, Adipositas und Schlafstörungen mit Burnout assoziiert [3, 4]. Relevante somatische Differentialdiagnosen sind in Tabelle 3 aufgeführt.

Psychiatrisch

Psychiatrisch ist es zwingend zu beurteilen, inwiefern eine der in Tabelle 4 erwähnten psychiatrischen Diagnosen vorliegt. Sie können als Folgeerkrankung von Burnout auftreten oder unabhängig davon vorliegen und als Burnout fehlinterpretiert werden. Daher sind sie Differentialdiagnostisch abzugrenzen. Bei Vorliegen einer psychiatrischen Folgeerkrankung aufgrund einer Burnoutentwicklung lässt sich meist eine ausgeprägte Erschöpfungskomponente beobachten.

Hinsichtlich der psychiatrischen Evaluation und Differentialdiagnose sind neben klinischen Kriterien auch Fragebogen (Selbst- und Fremdeinschätzung) hilfreich. Besonders empfehlenswert sind Skalen zur Einschätzung des Burnouts (siehe Tab. 5), wobei die «Shirom-Melamed Burnout Measure» (SMBM) einfacher erhältlich und einfacher interpretierbar ist (im Internet verfügbar unter <http://www.fzkwp.uzh.ch/services/Stressmgmt/ZEP-1/Fragebogen.html>). Zur Erfassung der Depression dienen validierte Depressionsskalen (Fremd- und Selbsteinschätzung). Zudem lassen sich mittels einer Angstskala, einer Hypomanieskala (Differentialdiagnose: Bipolare Depression), Skalen zur Erfassung psychosomatischer Symptome und eines Fragebogens zur Tagesschläfrigkeit die weiteren wichtigen Differentialdiagnosen unterstützen. Diese sind in Tabelle 5 fett markiert.

Therapie

Ziele der Therapie von Burnout sind eine stabile Remission einer komorbiden depressiven Störung, die Erneuerung von Vitalität und Erholungsfähigkeit, die Wiederherstellung der Belastbarkeit hinsichtlich sozialer und beruflicher Funktionen sowie die Verstärkung konstruktiver Bewältigungsstrategien. Eine zentrale Rolle spielen dabei neben physiologischen und psychopathologisch depressiven Symptomen insbesondere auch kognitive Funktionen und die Beachtung einer neuroasthenischen Komponente. Liegt Burnout als Risikozustand vor, ist die ambulante Therapie häufig zielführend. Bei einer ausgeprägten Erschöpfungsdepression (Cave: Suizidalität) erfolgt die stationäre Behandlung. Um eine nachhaltige Besserung zu erreichen, gilt es, die psychologischen Risikofaktoren zu relativieren, eine nachhaltige Selbstfürsorge zu entwickeln und eine erhöhte Kompetenz hinsichtlich Stressbewältigung, Konfliktlösung und sozialer Interaktion zu erwerben. Zentrales Ziel muss es sein, die Betroffenen erneut zu befähigen, Kontrolle über ihr Leben zu gewinnen und die für ihren Lebensentwurf und ihre Identität wichtigen Kompetenzen und Ressourcen aufzubauen. Eine Neuorientierung bezüglich Werten und Zielen ist ein integraler Bestandteil dieser Auseinandersetzung. Aufgrund der Vielschichtigkeit des Krankheitsbildes scheint

eine einzige Interventionsstrategie ungeeignet, um alle Ebenen von Burnout zu behandeln [5]. Die Therapie muss daher wie jede psychiatrisch-psychotherapeutische Intervention mehrdimensional erfolgen. Die hier aufgeführten Dimensionen beziehen sich auf die jeweiligen im Vordergrund stehenden Behandlungsaspekte. Sie haben sich in der Praxis als sinnvoll herausgestellt, jedoch gibt es hierzu keine kontrollierten Studien.

Patientenbegleitung

Ein Patient mit einem Burnout bedarf einer aktiven Führung und Begleitung durch den Behandler. Besonders leistungsorientierte und erfolgsgewohnte Menschen sind sich in einem geschwächten, dysfunktionalen Zustand entfremdet und können nicht auf ihre üblichen Ressourcen zurückgreifen. Daran verzweifeln sie mitunter, verlieren die Hoffnung und werden hilflos. Auch Suizidalität kann auftreten und bedarf besonderer Beachtung. Um sie in ihrer Hilflosigkeit, Verzweiflung und ihren Selbstvorwürfen aufzufangen, dient die Entwicklung eines Erklärungsmodells für die vorliegende Störung und ihre Verursachung. Psychoedukation zu Stress, Burnout und Depression, sowie zur Begründung der einzelnen Behandlungsstrategien, ist ein wichtiges Behandlungselement. Da der Heilungsprozess längere Zeit in Anspruch nimmt, muss der Behandler den Patienten immer wieder zu Geduld und Vertrauen ermutigen und ihm einen schrittweisen Behandlungs- und Genesungsverlauf aufzeigen. Besondere Beachtung kommt dabei dem «Energiemonitoring» zu: Der Patient wird aufgefordert, von Beginn der Therapie an bis zum Abschluss der Rehabilitationsphase jeweils täglich dreimal die subjektiv wahrgenommene Stimmung, Energie und Anspannung auf einer visuellen Analogskala von 0–10 aufzuzeichnen und darunter seine Aktivitäten zu notieren (Abb. 1). So stellt er fest, welche Aktivitäten oder Ereignisse wie viel Energie kosten, zu Erschöpfung oder Anspannung führen, und lernt folglich, seine Energien einzuteilen und die nötigen Pausen zur Regeneration einzuplanen. So kann eine nachhaltige Steigerung und Stabilisierung der Energielage erfolgen.

Biologisch-medizinische Dimension

In Anbetracht der neurobiologischen Mechanismen, die bei Stress zu Burnout und Depression führen können, ist bei Vorliegen einer depressiven Störung eine adäquate Pharmakotherapie mittels Antidepressiva angezeigt [6, 7]. Dabei können alle Antidepressiva zur Anwendung kommen, die für die Behandlung leichter bis schwerer Depressionen empfohlen werden. Patienten mit einem Burnout-Syndrom weisen häufig eine vegetative Labilität auf. Daher muss die Pharmakoth-

Tabelle 5: Skalen zur Evaluation und Differentialdiagnose bei Verdacht auf ein Burnoutsyndrom.

Gemessenes Konstrukt	Skala	Information zur Klärung von
Burnout	MBI (Selbsteinschätzung) SMBM (Selbsteinschätzung)	Ausmass der Burnout-Symptomatik
Depression	HAMD-17 oder MADRS (Fremdeinschätzung)	Majore Depression
	BDI (Selbsteinschätzung)	Depressivität
	HCL-32 (Selbsteinschätzung)	Bipolare Depression
Angst	HAMA (Fremdeinschätzung) STAI (Selbsteinschätzung)	Ängstlichkeit, Angstneigung
Tagesschläfrigkeit	EPSS (Selbsteinschätzung)	Ausmass der Schläfrigkeit Mögliche primäre Schlafstörung (Schlafapnoe, Restless legs)

Abkürzungen der unterschiedlichen Fragebogen/Skalen:

- MBI Maslach Burnout Inventory [19, 20]
- SMBM Shirom-Melamed Burnout Measure [21], <http://www.fzkwp.uzh.ch/services/Stressmgmt/ZEP-1/Fragebogen.html>
- HAMD Hamilton Depression Scale [22, 23]
- MADRS Montgomery-Asberg Depression Rating Scale [24]
- BDI Beck Depression Inventory [25, 26]
- HAMA Hamilton Anxiety Rating Scale [27]
- HCL-32 Hypomania Check List [28]
- STAI State-Trait Anxiety Inventory [29]
- EPSS Epworth Sleepiness Scale [30]

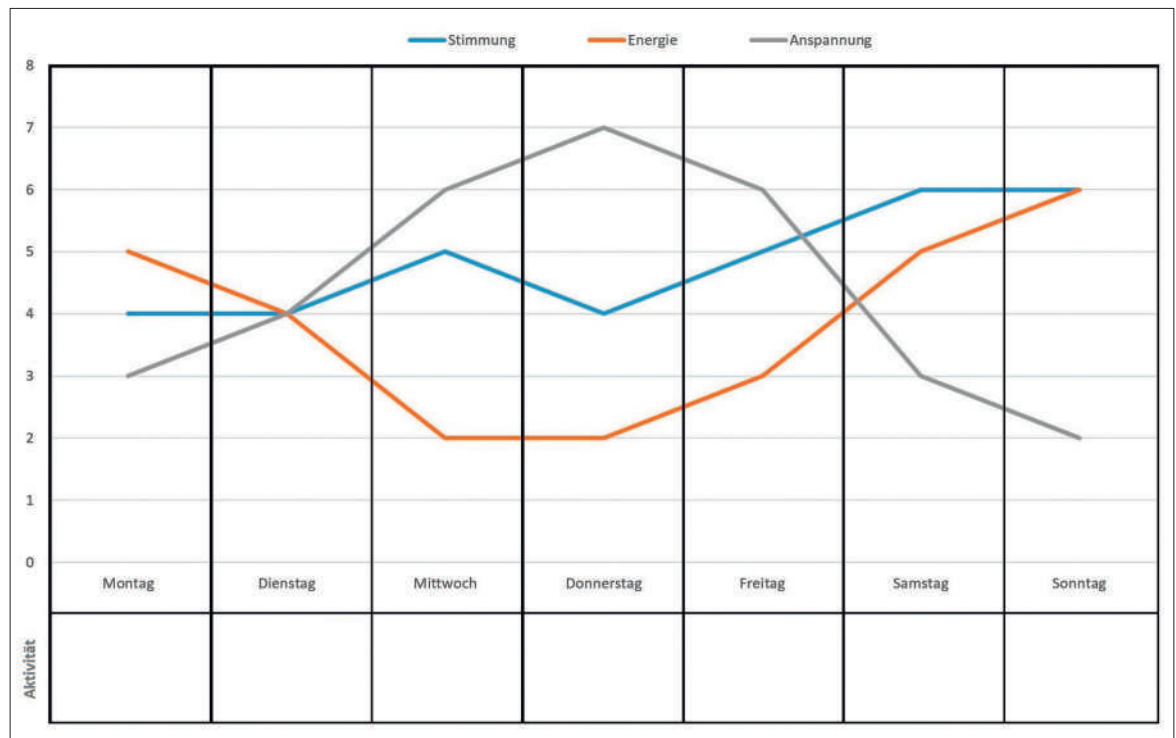


Abbildung 1: Energiemonitoring.

rapie sorgfältig auf die Toleranz von Nebenwirkungen und einschleichend erfolgen. Der Schlafhygiene und Behandlung vorliegender Schlafstörungen muss besondere Beachtung geschenkt werden. Hier können sedierende Antidepressiva oder kleine Dosen atypischer Neuroleptika gewinnbringend eingesetzt werden. Die antidepressive Therapie muss «lege artis», das heisst leitliniengerecht erfolgen. [6]. Manche Patienten, die einem klassischen Antidepressivum gegenüber skeptisch eingestellt sind, lassen sich für ein Johanniskrautpräparat gewinnen. Es fungiert nicht selten als evidenzbasierte Einstiegsmedikation bei leichten bis mittelschweren depressiven Zustandsbildern, die bei ungenügendem Ansprechen einer synthetischen Substanz weichen kann. Bei einem Burnout ist in der Regel beobachtbar, dass der depressive Affekt viel schneller anspricht oder gar vollständig remittiert, bevor Erschöpfung und Konzentration oder andere kognitive Störungen verbessert sind. Dies weist auf die neurasthenische Komponente der stressbedingten Depression hin und benötigt ein strukturiertes Energiemanagement des Patienten (siehe oben). Allerdings obliegt es der Beurteilung des Behandlers, inwiefern diese Erschöpfung und die kognitiven Einbussen noch ein depressives Residuum darstellen und nach einer weiteren Optimierung der Pharmakotherapie verlangen oder eher eine neurasthenische Komponente ausdrücken. Die oftmals ausgeprägten neuropsychologischen Einbussen – wie verminderte

Konzentrationsfähigkeit, Aufmerksamkeit, Auffassung und erhöhte Vergesslichkeit – müssen durch sorgfältige Testung eingegrenzt, behandelt (z.B. durch neuropsychologisches computerassistiertes Training) und im Verlauf beobachtet werden. Nicht selten sind sie die Ursache für eine missglückte berufliche Reintegration und persistieren, während sich die anderen Symptome bereits in Remission befinden.

Ergänzende Massnahmen

Sport

Bei Burnout ist eine moderate, der körperlichen Leistungsfähigkeit angepasste sportliche Aktivierung ein relevanter Therapiebaustein. Er unterstützt die Stressreduktion, fungiert als antidepressives Adjuvans und dient der Tagesstrukturierung. Es ist ratsam, die Leistungsfähigkeit mittels eines sportphysiologischen Fitnessstests zu messen und daran angepasste Trainingsinstruktionen zu geben. Dabei sollte ein tägliches, leicht den Kreislauf aktivierendes Training angestrebt werden.

Entspannung und Körpertherapien

Regelmässige Entspannungsübungen und Körpertherapien sind ebenfalls relevante Therapieelemente, da sie die Tiefenentspannung fördern, die Körperwahrnehmung, die bei Stress meist reduziert ist, fördern und

damit den Prozess einer neuen Bewusstwerdung des Selbst und der eigenen Ressourcen verstärken. Sie wirken damit psychotherapeutisch unterstützend. Als Entspannungsübungen können unterschiedliche Verfahren zum Einsatz kommen, wie Progressive Muskelrelaxation, Autogenes Training, Qigong oder Yoga. Ebenso eignen sich verschiedene körpertherapeutische Verfahren, wobei anzustreben ist, sich auf wenige, bewährte Methoden zu beschränken.

Achtsamkeitsübungen

Die Praxis von regelmässigen Achtsamkeitsübungen [8] unterstützt Entspannung, nachhaltige Stressreduktion und die Entwicklung von mehr Gelassenheit und einer besseren Selbstakzeptanz. Sie kann damit unterstützend für psychotherapeutische Prozesse wirken. Es ist ratsam, die Burnoutbetroffenen zu regelmässigen Achtsamkeitsübungen in der Gruppe zu motivieren, die durch individuelle Übungen ergänzt werden können. Als einfach zu vermittelnde, wenig anspruchsvolle und wirksame Methode eignet sich besonders «Mindfulness-based Stress Reduction» (MBSR), Stressbewältigung durch Achtsamkeit [9, 10].

Psychotherapie

Die Psychotherapie konzentriert sich vorzugsweise auf das Schaffen einer Übereinstimmung zwischen Leistungsanforderung und vorhandenen Ressourcen (objektive Dimension, wie etwa ein Ungleichgewicht), auf die Korrektur dysfunktionaler Einstellungen und Verhaltensweisen wie etwa eine ausgeprägte Orientierung an Bedürfnissen anderer oder ein Mangel an Selbstwertgefühl (subjektive Dimension) sowie die Befähigung zu einer sinnerfüllten Lebensweise, die sich auf die für die persönliche Identität wichtigen Werte und Ziele und den daraus hergeleiteten Lebensentwurf bezieht. Mehrdimensional konzipierte Behandlungsansätze scheinen aus klinischer Erfahrung erfolgversprechend. Kontrollierte Studien existieren jedoch dafür nicht. Etwas besser untersucht sind die Wirksamkeiten von einzelnen Elementen der Therapie (siehe dazu Therapieempfehlungen «Burnout-Behandlung Teil 1: Grundlagen», SMF 25/2016).

Die kognitiv-behaviorale Therapie eignet sich besonders zur Bearbeitung eines negativen Selbstkonzepts, dysfunktionaler Einstellungen und Bewältigungsstrategien sowie interpersoneller Probleme. Häufige Grundthemen sind, neben dem Mangel an Selbstvertrauen und Selbsteffizienz, Leistungsorientierung, Verausgabungsbereitschaft und Perfektionismus, mangelnde Konfliktlösungsfähigkeit und mangelnde Selbstfürsorge. Methoden der kognitiven Restrukturierung, die Vermittlung des Konzepts des inneren Kindes und das Üben ad-

äquater Bewältigungsstrategien sind bewährte Ansätze. Integrative Therapieverfahren wie die Therapie nach Grawe [11] oder die Schematherapie [12] bewähren sich in der Modifikation potentiell krankmachender Verhaltensmuster und Persönlichkeitsmerkmale.

Die Ergänzung der Therapie durch einen ressourcenorientierten Ansatz ist sinnvoll bei Verkümmern der zur Selbstregulation und persönlichen Werteerfüllung verfügbaren Ressourcen oder des entsprechenden Ressourceneinsatzes. Grundthemen sind dabei im Allgemeinen die fast ausschliessliche Beschäftigung mit leistungsorientierten Zielen, Unfähigkeit, sich einer persönlich sinnhaften, nicht arbeitsbezogenen Tätigkeit zu widmen, und Vernachlässigung von persönlichen Ressourcen und Werten wegen Zeitmangels. Der therapeutische Ansatz liegt in der Identifikation persönlich gewinnbringender Aktivitäten und Erfahrungen, der Diskussion von persönlichen Werten und der bisherigen Zeiteinteilung. Eine neue Lebensgestaltung mit einer besseren Selbstfürsorge und einer ausgewogenen Lebensbalance wird erarbeitet.

Sehr häufig leiden die Patienten zusätzlich an einer Beziehungsproblematik, die sich auch aus der Entwicklung des Burnouts ergeben kann. Hier können ein interpersoneller Ansatz oder ein systemischer Ansatz mit Einbezug des Partners oder der Familie eingesetzt werden. Eine Sitzung mit dem Partner ist stets empfehlenswert, schon nur um das Verständnis des Partners für die Erkrankung des Patienten zu fördern und vorliegende Fragen zu klären.

Existenzielle Dimension

Jede Krise lässt sich letztlich nicht überwinden, ohne die bisher gelebten Werte und Ziele zu reflektieren und zu überprüfen, inwiefern sie für eine sinnerfüllte Lebensgestaltung geeignet sind. Die Erfahrung der eigenen Grenzen, die bei einem Burnout oft als beängstigend wahrgenommen wird, öffnet neu auch den Zugang zu Grundfragen der menschlichen Existenz. Menschen mit einem Burnout erleben meist eine Sinnkrise und erkennen ihre bisherige, an Leistung und Erfolg orientierte Lebensweise als untauglich, um ihre eigentlichen Werte und Ziele umzusetzen. Es ist hilfreich, diese Fragen in der Behandlung aktiv anzugehen. Es geht um die Entwicklung einer veränderten inneren Haltung, die eine wertschätzende Selbstfürsorge und persönliche Authentizität fördert und damit zur Übernahme von Verantwortung und Kontrolle bezüglich der eigenen Lebensgestaltung führt. Möglicherweise entsteht daraus auch eine Erweiterung der Sinnorientierung über die selbstbezogenen Ziele hinaus. Selbstakzeptanz und Selbstmitgefühl befähigen zu Empathie und können die Erfahrung von Verbundenheit mit anderen oder

einem Ganzen fördern. Zudem fordert die Auseinandersetzung mit der Sinnfrage die Reflexion über die eigene Existenz und ihre Begrenztheit heraus. Daraus kann eine verstärkte Suche nach Orientierung an ethischen Werten oder nach einer spirituellen beziehungsweise religiösen Verwurzelung entstehen. Achtsamkeitsbasierte Verfahren unterstützen die Selbstreflexion und Auseinandersetzung mit existentiellen Themen. Wichtig ist, dass der Behandler zumindest für diese existentielle Perspektive offen ist. Bei Bedarf kann eine entsprechend ausgebildete Fachperson (Spiritual Care [13, 14]) beigezogen werden. Andererseits kann der Therapeut bei entsprechender Neigung mit dem Patienten direkt eine vertiefte Auseinandersetzung angehen. Dabei haben sich anthropologische oder existentielle Modelle bewährt [15–17]. Existentielle Fragen können individuell oder auch im Rahmen eines Gruppenangebots [18] thematisiert werden.

Vorbereitung und Begleitung in der Reintegration

Einen weiteren wichtigen therapeutischen Baustein stellt die therapeutische Begleitung bei der Auseinandersetzung mit arbeitsbezogenen Themen und bei der beruflichen Reintegration dar. Zielsetzung ist die Schaffung einer Übereinstimmung zwischen den Ressourcen des Patienten und den Anforderungen des Arbeitsplatzes. Es empfiehlt sich, mit einer Analyse der beruflichen Entwicklung und der aktuellen Arbeitsplatzsituation zu beginnen. Dabei geht es besonders um die Identifikation der Auslöser der aktuellen Krise und der dysfunktionalen berufsbezogenen Bewältigungsstrategien des Betroffenen. In der Therapie werden berufsbezogene Stärken und Schwächen identifiziert, konkret konstruktivere berufsbezogene Bewältigungsmuster und Ressourcen erarbeitet und weitere Berufsperspektiven ausgelotet. Es wird empfohlen, den Patienten bei einem Gespräch mit dem Arbeitgeber zu unterstützen und dabei den schrittweisen Wiedereinstieg und die notwendigen Anpassungen am Arbeitsplatz zu diskutieren. Viele Taggeldversicherer der jeweiligen Arbeitgeber setzen Case Manager als Bindeglied zwischen Patient, Behandler und Arbeitgeber ein, die den Patienten in der Reintegration unterstützen.

Disclosure statement

MK hat Vortragshonorare von Zeller AG Schweiz, Lundbeck AG Schweiz, Eli Lilly Schweiz SA, Pfizer AG Schweiz deklariert. Die anderen Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Der erste Teil dieser Therapieempfehlungen, «Burnout-Behandlung Teil 1: Grundlagen», ist in der vorangehenden SMF-Ausgabe erschienen.

Literatur

- 1 Weltgesundheitsorganisation, ed. Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien ed. M.W. Dilling H, Schmitt M.H (Herausgeber) 1993, Hans Huber Verlag Bern.
- 2 Nil R, et al. Burnout – eine Standortbestimmung. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie. 2010;161(2):72–7.
- 3 Melamed S, Kushnir T, Shirom A. Burnout and risk factors for cardiovascular disease. Behavioral Medicine. 1992;18:53–60.
- 4 Shirom A, et al. Burnout, mental and physical health: A Review of the evidence and a proposed explanatory model. International Review of Industrial and Organizational Psychology. 2005;20:269–309.
- 5 Rösing I. Ist die Burnout-Forschung ausgebrannt? Analyse und Kritik der internationalen Burnout-Forschung. 2. Auflage ed. 2008, Kröning.
- 6 Holsboer-Trachsler E, et al. Die somatische Behandlung der unipolaren depressiven Störungen – 1. Teil. Swiss Medical Forum. 2010;10:802–9.
- 7 Hättenschwiler J, et al. Burnout. Primary Care. 2012;18:353–8.
- 8 Michalak J, Heidenreich T, Williams JMG. Achtsamkeit. 2012, Göttingen, Bern, Wien, Paris, Oxford, Prag, Toronto: Hogrefe Verlag GmbH.
- 9 Kabat-Zinn J, Kroh M. Gesund durch Meditation – Das grosse Buch der Selbstheilung. 2006, Frankfurt am Main: Fischer.
- 10 Lehrhaupt L, Meibert P. Stress bewältigen durch Achtsamkeit. 2013, München: Kösel-Verlag.
- 11 Grawe K. Neuropsychotherapie. 2004, Göttingen: Hogrefe.
- 12 Roediger E. 2008, ed. P.d. Schematherapie. 2000, Stuttgart: Schattauer.
- 13 Frick E. Spiritual Care - eine neues Fachgebiet der Medizin? Zeitschrift für medizinische Ethik. 2009;55:145–55.
- 14 Frick E. Sich heilen lassen: Eine spirituelle und psychoanalytische Reflexion 3ed. 2005, Würzburg: Echter.
- 15 Yalom I. Existentielle Psychotherapie. 2000, Edition Humanistische Psychologie: Köln.
- 16 Noyon A, Heidenreich T. Existentielle Perspektiven in Psychotherapie und Beratung. 2013, Weinheim: Beltz.
- 17 Brühlmann T. Begegnung mit dem Fremden. Zur Psychotherapie, Philosophie und Spiritualität menschlichen Wachstums. 2011, Stuttgart: Kohlhammer.
- 18 Ballweg T, et al. Symbalance: ein theoriebasiertes, integratives Therapiekonzept zur Behandlung von Burnout. Swiss Archives of Neurology and Psychiatry. 2013;164(5):170–7.
- 19 Schaufeli WB, et al. The Maslach Burnout Inventory – General Survey, in MBI Manual (3rd ed), Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Editors. 1996, Consulting Psychologist Press Palo Alto.
- 20 Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory: second edition, ed. C.P. Press. 1986, Palo Alto CA.
- 21 Shirom A, Melamed SA. A comparison of the construct validity of two Burnout measures in two groups of professionals. Int J Stress Manag. 2006;13(2):176–200.
- 22 Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol. Neurosurg. Psychiatr. 1960;23:56–62.
- 23 Hamilton M. The Hamilton Rating Scale for Depression, in Assessment of Depression, N. Sartorius and T. Ban, Editors. 1986, Springer: Berlin. p. 143–65.
- 24 Montgomery SA, Asberg M. A new depression rating scale designed to be sensitive to change. Brit. J. Psychiat. 1979;134:382–9.
- 25 Hautzinger M, et al. Beck Depressions Inventar. 1993, Bern: Hans Huber.
- 26 Hautzinger, M, et al. Beck-Depressions-Inventar (BDI), Testhandbuch. Zweite und überarbeitete Aufl. [Beck depression inventory (BDI) Testmanual 2nd rev. ed.]. 1995: Bern: Hans Huber.
- 27 Hamilton M. The Assessment of Anxiety States by Rating. Brit. J. Med Psychology. 1959;32:50–5.
- 28 Angst J, et al. The HCL-32: towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. Journal of Affective Disorders. 2005;88:217–33.
- 29 Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. STAI, Manual for the State-Trait-Anxiety-Inventory. 1970, Palo Alto, U.S.A.: Consulting Psychologist Press.
- 30 Bloch KE, et al. German version of the Epworth Sleepiness Scale. Respiration; International Review of Thoracic Diseases. 1999;66(5):440–7.

Korrespondenz:

Dr. med.
Barbara Hochstrasser, M.P.H.
Privatklinik Meiringen
Postfach 618
CH-3860 Meiringen
barbara.hochstrasser[at]
privatklinik-meiringen.ch