

[Burnout - ein Behandlungsmanual](#)

Baukastenmodul für Einzeltherapie und Gruppen, Klinik und Praxis

Bearbeitet von
Stefanie Weimer, Maureen Pöll

3. Aufl. 2015. Taschenbuch. 139 S. Paperback
ISBN 978 3 608 89123 2
Format (B x L): 13,5 x 21 cm
Gewicht: 223 g

[Weitere Fachgebiete > Psychologie > Psychotherapie / Klinische Psychologie](#)

schnell und portofrei erhältlich bei


DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

Leseprobe

1. Einleitung

Das Thema Burnout findet zunehmend Einzug in den psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgungssektor. Mittlerweile gibt es belastbare Zahlen (z. B. unter www.statista.de, Studie der TKK), aus denen ersichtlich wird, dass die Behandlungsanfragen zunehmen und entsprechende Möglichkeiten geschaffen werden müssen.

Im Rahmen eines ursprünglich für Angst und Lebenskrisen entwickelten verhaltenstherapeutischen Programms ergab sich die Behandlung von Burnout als zusätzlicher Schwerpunkt, weil sich der entsprechende Bedarf zeigte.

Nach vier erfahrungsreichen Jahren entstand ein Baukasten-Programm mit definierten Schwerpunkten, womit wir den Großteil der betroffenen Patienten gut erreichen können. Unser Erfahrungsschatz ist deutlich gewachsen, v. a. dank der vielen konstruktiven Rückmeldungen der Gruppenteilnehmer. Einige anfangs indiziert scheinende Ansätze und Ideen wurden modifiziert, viele der 'ersten Arbeitsblätter' sind mittlerweile überarbeitet, und unser Angebot wurde unter anderem mit 'philosophischen Betrachtungen' ergänzt, da im Burnout-Erleben der 'Sinn des Lebens' offensichtlich eine wichtige Rolle spielt.

Unser Manual soll dazu dienen, Burnout-Betroffenen zum 'Ausstieg' aus verschiedenen 'Fallen' zu helfen, ihnen wieder die Freude an der Leistung zurückzugeben, ein realistischeres und gesünderes Maß an An- und Entspannung zu vermitteln und sie bei der Suche nach ihren Werten und Lebenszielen zu unterstützen.

Anfangs nahmen wir den Auftrag vieler Patienten an: 'Machen Sie mich schnell wieder arbeitsfähig! Ich möchte wieder so funktionieren und so viel arbeiten können wie zuvor.' Es zeigte sich, dass auch das Behandlungsteam von dem Leistungsgedanken der Patienten angesteckt wurde. So wurden möglichst viele Angebote installiert und an der 'Wiederherstellung' gearbeitet.

Mittlerweile übernehmen wir den 'Wiederherstellungsauftrag' nicht mehr unreflektiert an, sondern beleuchten sehr genau mit dem Betroffenen, was eine Rückführung in den 'Ausgangszustand' für Folgen hat.

Dabei wird deutlich, dass das Thema Vermeidung eine wichtige Rolle spielt. Insbesondere die Vermeidung von Auseinandersetzung mit dem eigenen Befinden, die Vermeidung von Konflikten mit Partnern, der Familie oder den Freunden und vor

allein die Vermeidung von Enttäuschung darüber, dass die eigene Leistungsfähigkeit begrenzt und erschöpflich ist.

Mittlerweile sehen wir Burnout auch als ein Übergangsstadium an, in dem sich eigene Werte und Lebensziele neu definieren und ordnen lassen und sich vielleicht neue oder andere Perspektiven auftun lassen.

1.1 Wichtige Hinweise zur Nutzung des Manuals

Das Manual wurde ursprünglich für die Arbeit mit Gruppen konzipiert. Deshalb sind die Inhalte so breit gefasst, dass sie möglichst alle Teilnehmer ansprechen. Das Manual entstand im stationären Kontext.

Aktuell wird das Programm auch in der Klinikambulanz eingesetzt und zusätzlich in der Einzeltherapie genutzt.

Mittlerweile gibt es auch

Erfahrungswerte aus der Arbeit in der psychotherapeutischen Praxis. Für die Einzelarbeit wurden die Gruppenübungen teilweise durch geleitetes Entdecken ersetzt.

Wichtig scheint, dass die Schilderung eigener Erfahrung und die Anteile der Psychoedukation gut ausgewogen sind.

Behandlungsanliegen

Unser Behandlungsanliegen ist, zu informieren, zu fragen und anzuregen, innere Zusammenhänge herzustellen, sich auf die Spuren nach den eigenen Lebensmustern zu machen, nach aufrechterhaltenden Bedingungen zu suchen, die eigenen Fähigkeiten und Interessen wieder zu entdecken und sich mit den eigenen Lebenszielen und deren Umsetzung zu beschäftigen.

Jedes Modul besteht aus einem psychoedukativen Teil mit Informationen und enthält Handouts und/oder Arbeitsblätter (abgekürzt als AB), die auch als Hausaufgaben verwendet werden können.

Die einzelnen Arbeitsblätter sind mit laufenden Ziffern durchnummeriert und erhalten als zweite Angabe die Nummer des Moduls. Bsp.: AB 1 – Modul 1.

Die Arbeitsblätter und Handouts sind auf der beiliegenden CD als pdf-Dateien hinterlegt und sollen den Teilnehmern ausgehändigt werden.

Arbeitsblätter, die vor allem individuelle Ergebnisse erzielen sollen, können im Gruppensetting exemplarisch besprochen werden, müssen aber nicht.

Manchmal ist es notwendig, bestimmte individuelle Inhalte in Einzelgesprächen mit Betroffenen zu vertiefen.

Jedes Modul beinhaltet Gruppenarbeiten, in denen alle Teilnehmer gebeten werden, ihre Erfahrungen, ihre Erkenntnisse und Ergebnisse mitzuteilen und der Gruppe zur Verfügung zu stellen.

Wird das Manual zur Einzelarbeit verwendet, bietet sich die Technik des geleiteten Entdeckens an. Das Verwenden von Karteikarten und das Zuordnen zu bestimmten Bereichen ist auch im Einzelsetting gut möglich und bewirkt auch hier Strukturierung und Priorisierung.

Die Module müssen nicht stringent in ihrer hier genannten Reihenfolge eingehalten werden. Eine gewisse Flexibilität hat sich in einer halboffenen Gruppenstruktur bewährt. Selbst wenn neue Gruppenteilnehmer in Modul 6 einsteigen, ermuntern wir sie, den Notfallplan als Ziel zu verwenden und die persönlichen Ergebnisse jedes Moduls dort einzutragen.

In der Einzelarbeit haben wir die Module der Reihenfolge nach bearbeitet.

In der Beschreibung aller Module verwenden wir sowohl den Begriff Betroffene, Teilnehmer als auch den Begriff Patienten. Alle Begriffe stehen gleichberechtigt nebeneinander.

Auf eine explizit weibliche Schreibweise wurde verzichtet, wir wollen aber selbstverständlich beide Geschlechter ansprechen.

2. Theoretisch-wissenschaftlicher Kontext

In Anlehnung an die klassischen Lerntheorien und die aktuellen Ansätze der Kognitiven Verhaltenstherapie gehen wir davon aus, dass problematisches Verhalten in erster Linie das Ergebnis von Lernprozessen ist und durch die Verwendung von Verhaltens- und Lernprinzipien verändert werden kann.

Behandlungsgrundlage ist deshalb eine genaue Analyse des problematischen Verhaltens zur Bestimmung der aktuellen Verhaltensdeterminanten.

Übergeordnetes Prinzip ist die Selbstmanagementtherapie nach F. Kanfer. Vor diesem Hintergrund stehen die Moderatoren als Vermittler von speziellen Fähigkeiten und Kompetenzen, die der Patient für die Eigensteuerung und

Selbstkorrektur seines Verhaltens benötigt, zur Verfügung (Kanfer, Reinecker, Schmelzer 2006, S. 305).

Der Erwerb von Selbstmanagement-Fertigkeiten kann nie nur in Form theoretischer Wissensvermittlung erfolgen, sondern muss auf der Basis real erlebter Erfahrungen stattfinden. Deshalb kann der Klient lernen, aus seinen vollzogenen Problemlösungen allgemeine Prinzipien zu abstrahieren, die er auch in anderen kritischen Situationen einsetzen kann. Die während der Therapie bearbeiteten inhaltlichen Probleme stellen den Ausgangspunkt für die Suche nach generellen Prozessen und Richtlinien für ein erfolgreiches Problemlösen dar.

Der Erwerb dieser Kompetenzen zielt demzufolge darauf ab, aus den Behandlungsergebnissen im Einzelfall übergeordnete Regeln abzuleiten, die nicht nur für die ursprüngliche Lernsituation Gültigkeit besitzen, sondern die sich situationsübergreifend zu flexiblen Bewältigungsstrategien zusammenfassen lassen. So münden alle Ergebnisse aus den einzelnen Modulen in das Modul 6, in dem es um die Erarbeitung einer sogenannten 'Rückfall-Prophylaxe' geht mit dem Ziel, einen individuellen Notfallplan zu erstellen, um einer verstärkten oder erneuten Burnout-Entstehung entgegenzuwirken.

Um dies zu erreichen, kommen verschiedene verhaltenstherapeutische Elemente, Techniken und Interventionen zum Einsatz.

2.1 Verhaltenstherapeutische Prozesse

Psychoedukation

Ziel ist, die Symptomatik besser zu verstehen und verträglich damit umzugehen. Persönliche Erfahrungen mit der eigenen Erkrankung sollen mit dem gegenwärtigen Wissen über die Erkrankung verbunden werden. Zudem werden eigene Ressourcen verstärkt und weitere Möglichkeiten geboten, um neue Ressourcen kennenzulernen und auszuprobieren, die, langfristig betrachtet, zur Erhaltung der eigenen Gesundheit beitragen.

Die Aufklärung der Betroffenen über die Entstehungs- und Aufrechterhaltungsbedingungen der Störung bildet die Grundlage für sich anschließende Behandlungsschritte.

Verhaltensanalysen

Sobald die Entscheidungen über die möglichen Änderungsbereiche getroffen sind, erfolgt eine Präzisierung und Konkretisierung der Problemdefinition. Eine intensive funktionale Analyse des Ist-Zustandes kann

auf unterschiedlichen Analyserichtungen vorgenommen werden. Unsere Grundlage ist das SORKC-Schema von Kanfer (2006), mittels dessen Makro- und Mikroanalysen des bestehenden Verhaltens durchgeführt werden können.

Generalisierung, Stabilisierung und Beendigung der Therapie Am Ende der stationären Behandlung stehen die Definition von Erhaltungszielen und die Stabilisierung und der Transfer von Veränderungen in den Alltag. In ambulanten Therapien, die über einen deutlich längeren Zeitraum andauern, ist es sicher leichter, die Therapieergebnisse mit den Betroffenen zu generalisieren und dadurch auch zu stabilisieren. Einzelne Situationen lassen sich gezielter aufgreifen und spezieller in den Blick rücken.

2.2 Angewandte Methoden der Verhaltenstherapie/-medizin

Im Rahmen der Behandlung kommen viele Methoden der Verhaltenstherapie zum Einsatz. In der Erstellung eines individuellen SORKCModells spielen sowohl die klassische (Auslösesituation und Reaktion) als auch die operante Konditionierung (Verstärkerlernen) eine Rolle. Im Rahmen der Auseinandersetzung mit den aufrechterhaltenden Bedingungen kommen Kontingenz und Verstärkerpläne sowie die Begriffe Primäre und Sekundäre Verstärkung zum Einsatz. Bei den angestrebten Verhaltensveränderungen spielen Diskriminationslernen, Löschung und Habituation eine wichtige Rolle. In der Auseinandersetzung mit 'dysfunktionalen Beliefs' ist u. a. der Begriff der Generalisierung wichtig. Im Rahmen der Gruppe spielt das Modelllernen eine nicht unwesentliche Rolle. In der Einzelbehandlung kann der Therapeut diese Funktion übernehmen.

Weitere verhaltenstherapeutische Methoden

Die in Ansätzen für die

Burnout-Therapie verwendete Schematherapie zählt zu den erweiterten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapien. Die Methoden der kognitiven Therapie werden um Elemente psychodynamischer Konzepte und anderer Therapieverfahren wie beispielsweise die Objektbeziehungstheorie, die Transaktionsanalyse, die Hypnotherapie und die Gestalttherapie ergänzt (Young, Röttlinger 2007). Schematherapeuten gehen davon aus, dass es bestimmte erlernte Grundschemas gibt, die darauf abzielen, die seelischen Grundbedürfnisse zu befriedigen und hierzu das Verhalten von Menschen zu steuern.

Diese in der Kindheit und im Verlauf des Lebens erworbenen Schemata beinhalten weitgesteckte Muster aus Erinnerungen, Emotionen, Kognitionen und Körperempfindungen. Früh durch schädliche Kindheitserlebnisse erworbene hinderliche Schemata, die auf der Verletzung menschlicher Grundbedürfnisse

basieren, werden maladaptiv genannt.

Schemata beziehen sich auf den Betreffenden selbst und seine Kontakte zu anderen Menschen. Sie verstärken sich im Laufe des Lebens und können funktional und dysfunktional sein. Dysfunktionale Schemata schränken sowohl die Lebensqualität als auch die Handlungskompetenzen ein.

In der

Burnout-Therapie werden die erkrankungsrelevanten Schemata identifiziert.

Durch die Identifizierung soll der Betroffene zukünftig die Wirkung maladaptiver Schemata erkennen und gesunde Verhaltensweisen entwickeln können, also erlernte Automatismen durch zielgerichtete, bewusste und angemessene Handlungen ersetzen.

Der dazugehörige therapeutische Prozess besteht aus einer inneren Distanzierung, bewusster Wahrnehmung und der detaillierten Betrachtung und Benennung der verschiedenen Aspekte zu den Verhaltensgrundmustern.

Innerhalb der Gruppentherapie ist es leider nur ansatzweise möglich, die Entstehungsgründe der maladaptiven Schemata zu beleuchten. Daher empfiehlt sich für das Gruppensetting eine begleitende einzeltherapeutische Arbeit.

3. Aktueller Stand der Wissenschaft zum Thema Burnout

'In Medizin und Wissenschaft gilt Burnout bislang als eine Störung, die mit sich verändernden Lebens- und Arbeitsbedingungen in Zusammenhang gebracht wird. Sie äußert sich unter anderem durch emotionale Erschöpfung, Selbstentfremdung oder Zynismus und eine verminderte Leistungsfähigkeit. Betroffene leiden im fortgeschrittenen Stadium dauerhaft an seelischen und körperlichen Beschwerden. Dieser Zustand ist hauptsächlich durch Erschöpfung gekennzeichnet. Begleitsymptome sind Unruhe, Anspannung, gesunkene Motivation und reduzierte Arbeitsleistung. Die psychische Symptomatik entwickelt sich nach und nach, bleibt von den Betroffenen selbst oft lange unbemerkt' (HTA-Report 'Differentialdiagnostik des Burnout-Syndroms', DIMDI, 2010).

Burnout wird in der internationalen Klassifikation, 10. Revision (ICD-10), nicht als eigenständige Krankheit beschrieben, sondern erscheint unter den Zusatzkategorien 'Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung'. Es handelt sich um 'Faktoren, die den Gesundheitszustand beanspruchen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen'. Hierunter kann 'Ausgebranntsein' oder der Zustand der totalen Erschöpfung fallen (Z73.0).

Im Klassifikationssystem der American Psychiatric Association (DSM-IV) wird Burnout ebenso nicht als eigenständige Diagnose aufgeführt; unter der Ziffer 68.20 kann es zu 'Problemen im Beruf' eingeordnet werden. Nach DSM-IV handelt es sich um ein Phänomen, welches zu beobachten, aber nicht zu behandeln ist.

Da Burnout keine Diagnose in der ICD-10 (International Classification of mental disease and disorders) ist, können medizinische oder psychotherapeutische Behandlungen nur dann abgerechnet werden, wenn im Behandlungsfall die Kriterien einer anderen psychischen Störung erfüllt sind, beispielsweise die einer affektiven Störung oder die einer Angststörung.

Trotz fehlender eindeutiger und offizieller Definition wird die Diagnose meist anhand bestimmter Symptome gestellt und behandelt.

Manchmal wird auch von der 'neuen Depression' oder von der 'arbeitsbezogenen Depression' gesprochen.

Bis dato fehlt ein allgemein anerkanntes Instrument, um Burnout von anderen Krankheiten klar abzugrenzen. Es ist überhaupt unklar, ob hier die allgemeinen Kriterien für psychisches Kranksein (Abnormität, Leidensaspekt, Versagensaspekt) angewandt werden sollen. Es stellt sich die Frage, ob Burnout nicht als Begriff für einen subjektiven Leidenszustand, eine Befindlichkeitsbeschreibung erhalten bleiben soll (nur wer viel geleistet hat, kann auch ausbrennen) und nur der Endzustand, die bereits eingetretene Depression oder andere psychische Folgeerkrankung, als Störung mit näher kennzeichnender Zusatzkodierung Burnout diagnostiziert werden sollen.

3.1 Gesellschaftlicher Aspekt

Burnout kennzeichnet auch ein gesellschaftliches Phänomen der modernen Leistungsgesellschaft und sollte nicht als kollektive Krankheit aufgefasst werden. Jedenfalls scheint die Folgeerscheinung von lebensbezogenen Dauerstress-Situationen in quasi-epidemischem Ausmaß andauernd zuzunehmen. Das verursacht erhebliche Kosten für Wirtschaft und Krankenkassen. In den letzten Jahren haben die Verschreibung von Psychopharmaka und die Zahl von Arbeitsunfähigkeitstagen aufgrund psychischer Erkrankungen deutlich zugenommen. In einer telefonischen bevölkerungsrepräsentativen Befragung ermittelte die Techniker Krankenkasse (TKK) rund 10 Mio. Krankschreibungen aufgrund von Burnout, was bedeutet, dass jährlich rund 40 000 Arbeitskräfte wegen einer mit Burnout assoziierten Erkrankung an ihrem Arbeitsplatz fehlen.

3.2 Definitionsversuche

Für den Begriff Burnout existiert keine einheitliche wissenschaftliche Definition. Burnout kann als Begriff von hoher gesellschaftlicher Praxisrelevanz verstanden werden, stellt aber keine klinische Diagnose dar.

Es gibt eine Reihe von Symptombeschreibungen, die im Folgenden aufgeführt sind: Pines et al. (1993) beschreiben Burnout als 'körperliche, seelische und geistige Erschöpfung durch gefühlsmäßige Überbelastung'. Maslach und Jackson (1974) definieren Burnout als 'emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und verringerte persönliche Erfüllung im Beruf bei an der Leistungsgrenze arbeitenden Menschen'. Freudenberger und Richelson (1983) sprechen von 'Erschöpfung und Enttäuschung nach Erkennen unrealistischer Erwartungen'. Alle Begriffsbeschreibungen schildern Zustände, erklären aber nicht den Beginn und die Ursache.

Schaufeli und Enzmann (1998) verbinden verschiedene Ansätze und entwickeln daraus folgende Arbeitsdefinition: 'Burnout ist ein dauerhafter, negativer, arbeitsbezogener Seelenzustand ›normaler‹ Individuen. Er ist in erster Linie von Erschöpfung gekennzeichnet, von Unruhe und Anspannung, einem Gefühl verringerter Effektivität, gesunkener Motivation und der Entwicklung dysfunktionaler Einstellungen und Verhaltensweisen bei der Arbeit. Die psychische Verfassung entwickelt sich nach und nach und kann so den betroffenen Menschen lange unbemerkt bleiben. Sie resultiert aus einer Fehlanpassung von Intention und Berufsrealität und erhält sich wegen ungünstiger Bewältigungsstrategien von selbst aufrecht' (Schaufeli und Enzmann 1998, übersetzt von Burisch 2006).

In allen Beschreibungen lassen sich bestimmte Kernelemente finden wie körperliche, emotionale, geistige Erschöpfung, Entfremdung, Arbeitsbelastung, unerfüllte Bedürfnisse und Erwartungen, Desillusionierung, fehlgeschlagene Anpassung.

Neben den unterschiedlichen Beschreibungen bestehen auch unterschiedliche Ursachenmodelle, die sich in drei grundsätzlichen Richtungen zuteilen lassen.

Gusy (1995) hat verschiedene Ansätze systematisiert, indem er eine Unterteilung in persönlichkeitszentrierte, in arbeits- und organisationspsychologische und in soziologisch-sozialwissenschaftliche Erklärungen vorgenommen hat.

Persönlichkeitszentrierte Erklärungsansätze

Bei diesen Erklärungsansätzen

steht die Persönlichkeit des Betroffenen, i. d. R. eines Helfenden, im Vordergrund. Als ursächlich wird eine Diskrepanz zwischen dem Helferideal und der Wirklichkeit des Helfens, die sich als übertriebener Idealismus oder als unrealistische Erwartung äußern kann, angenommen.

Sozial-, arbeits- und organisationsorientierte Erklärungsansätze Bei diesen Ansätzen stehen verschiedene situationale Bedingungen im Vordergrund. Als ursächlich wird der emotional beanspruchende und erschöpfende Umgang mit Menschen angenommen.

Weitere Ansätze

Cherniss' Ansatz liegt ein psychologisches Stressmodell zugrunde, zudem eine Analyse der beitragenden Strukturen. In seinem Modell handelt es sich um einen soziologisch geprägten Ansatz, der arbeits- und organisationsbezogene Faktoren mit individuellen und gesellschaftlichen kombiniert. Bezüglich der arbeits- und organisationsbezogenen Faktoren nennt Cherniss das Arbeitsumfeld mit den Komponenten Rollenstruktur, Machtstruktur und normativer Struktur. Als individuell verursachende Faktoren hebt Cherniss neben dem Sinnverlust vor allem die Bedeutung unrealistischer Erwartungen hervor. Das Zusammenwirken von arbeitsbezogenem Stress und defensiven Copingstrategien übersteigt die Bewältigungsmöglichkeiten sowie die Nutzung bestehender Ressourcen und begünstigen dadurch die Entstehung von Burnout. Die Betroffenen sind nicht mehr in der Lage, dem erlebten Stress durch aktive Bewältigung zu begegnen, was dazu führt, dass sie 'noch mehr Energie' brauchen, die dann an anderer Stelle verloren geht (Cherniss 1980).

Erklärungsansatz nach

Burisch

Burisch (1994) versucht der Heterogenität der verschiedenen Ansätze dadurch gerecht zu werden, dass er diese in ein eigenes Konzept integriert. Er entwickelt das Modell einer ungestörten und einer gestörten Handlungsepisode. Im Falle einer ungestörten Handlungsepisode beschreibt er eine anfängliche Zielbildung sowie Handlungsplanung. Während dieser ersten Handlungsentwürfe bilden sich bewusst oder unbewusst verschiedenartige Erwartungen. Wenn die Handlung ausgeführt wird und das Ziel erfolgreich und planmäßig erreicht wurde, kann man befriedigt zurückblicken und ist motiviert für eine Handlungswiederholung.

Der Kerngedanke bei gestörten Handlungsepisoden ist, dass das angestrebte Ziel nur durch zusätzlichen Aufwand (Zielerschwerung) oder gar nicht erreicht werden kann (Zielvereitelung), dass die Zielerreichung nicht mit der erwarteten

Belohnung verbunden ist beziehungsweise die Belohnung ganz ausbleibt oder negative Nebenwirkungen auftreten, welche die eigentlich positive Wirkung der Zielerreichung kompensieren. Solche Misserfolge beziehungsweise Störungen des Handlungsprozesses können je nach Verarbeitung zu Burnout führen.

Da Burisch sich bei seinem Modell stark an der Stresstheorie von Lazarus orientiert, steht auch bei ihm die individuelle Handlungsregulation im Vordergrund. Dies bedeutet, dass bei einer Beeinträchtigung der Handlungsausführung durch Hindernisse Stress auftritt, welcher entweder als Bedrohung oder als Herausforderung bewertet wird und den die jeweilige Person zu bewältigen versucht. Bleibt das Ergebnis der Handlung unbefriedigend, tritt unmittelbar ein Autonomieverlust ein, welcher zu einem sekundären emotions- und/oder problemorientierten Bewältigungsversuch führt. Dieser Bewältigungsversuch kann einerseits erfolgreich sein, was zu einer Rückkehr in den Ruhezustand führt, er kann aber auch erfolglos bleiben, wodurch Stress zweiter Ordnung auftritt, welcher wiederum Burnout zur Folge haben kann (Burisch 1994, S. 119 ff.).

Unsere praktischen Erfahrungen im stationären Bereich

Nach unserer

Erfahrung kommen Burnout-Betroffene erst dann zur stationären Behandlung, wenn 'es nicht mehr anders geht'. In der Regel besteht eine mindestens mittelgradig ausgeprägte depressive Störung mit den klassischen Symptomen wie: bedrückte Stimmung, Erschöpfung, Freud- und Interessenlosigkeit, erhöhte Ermüdbarkeit und Aktivitätseinschränkungen. Nicht selten bestehen Suizidgedanken. Häufig werden kognitive Beeinträchtigungen geschildert (Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen), die zu Leistungseinbußen im Beruf führten. Berichten Patienten von starken Einschränkungen im Berufsleben, bedingt durch Erschöpfung, ausgelöst durch ständigen Zeitdruck, Über- oder Unterforderung, mangelnde Anerkennung, Kränkungsituationen, geringen Handlungsspielraum und/oder Konflikten mit Vorgesetzten und Kollegen, teilen wir die Betroffenen dem Behandlungsschwerpunkt Burnout zu. Stehen andere Belastungsfaktoren im Vordergrund, nehmen die Patienten an einem anderen Behandlungsschwerpunkt teil, i. d. R. an einer Gruppenpsychotherapie in Anlehnung an die Interpersonale Psychotherapie nach Schramm und Klecha (2010).

Wir stützen uns in unserem Behandlungskonzept auf die Grundlagen von M. Burisch (2006), der unterschiedliche Kernsymptome benennt, die in unterschiedlichen Phasen auftreten:

(1) Anfangsphase: überhöhter Einsatz von Energie, Gefühle von

Unentbehrlichkeit, Energiemangel, Müdigkeit, Verdrängung von Misserfolgen, 'Nicht-mehr-Abschalten'-Können.

(2) Phase des reduzierten Engagements: Aufmerksamkeitsstörungen, Desillusionierung, Verlust positiver Gefühle gegenüber den Klienten, Empathieverlust, negative Einstellung zur Arbeit, familiäre Probleme, Fehlzeiten im Beruf.

(3) Phase der emotionalen Reaktion und Schuldzuweisung: Depression, Schuldzuweisungen, Angst, Bitterkeit, Pessimismus, Gefühle von Ohnmacht, reduzierte Selbstachtung.

(4) Phase des Abbaus: Gedächtnis- und Konzentrationsschwächen, eingeschränkte Flexibilität und Kreativität, Entscheidungsunfähigkeit.

(5) Phase der Verflachung: Gleichgültigkeit, Rückzug, Einsamkeit, Desinteresse.

(6) Phase der psychosomatischen Reaktion: Schlafstörungen, Herz- und Atembeschwerden, Kopfschmerzen, Gastro-intestinale Beschwerden.

(7) Phase der Verzweiflung: Hoffnungslosigkeit, Suizidgedanken, existenzielle Verzweiflung.