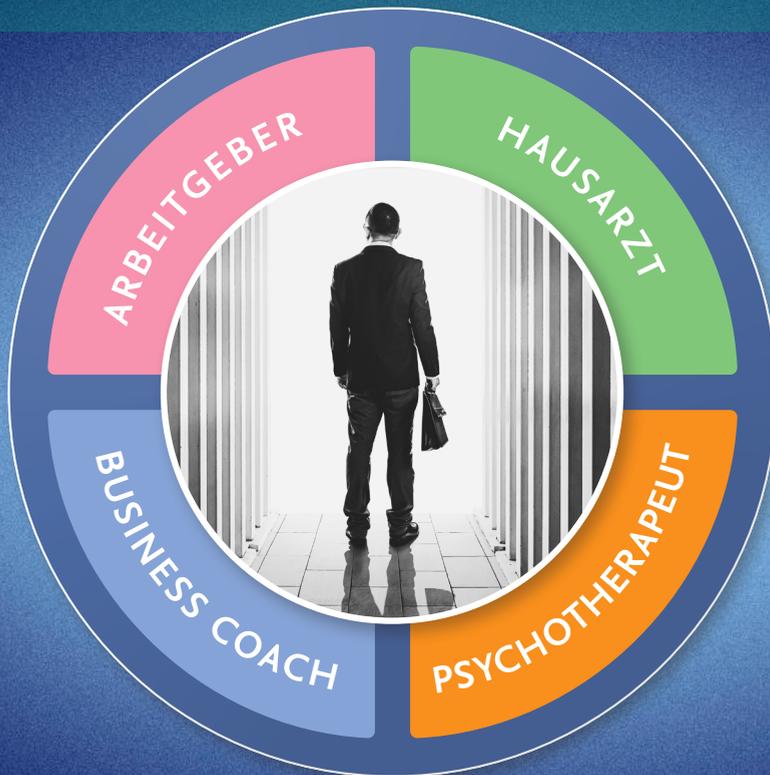


Leseprobe

Andreas Hillert Arnd Albrecht

Burn-out · Stress · Depression

Interdisziplinäre Strategien
für Ärzte, Therapeuten und Coaches



Inhaltsverzeichnis

1	Prolog	1	4.6	Stress- und Stressfolgen aus Sicht des Experten	27
1.1	Alle reden über Stress	1	4.7	Stress, Stressfolgen, Stressfolgeerkrankungen	27
1.2	Rollen und Verantwortlichkeiten ..	2			
1.3	Interdisziplinäre Stresskompetenz .	3			
2	Erste Hilfe für Ärzte, Therapeuten und Coachs	7	5	Expertenblock I: Stress–Stand der Forschung	29
3	Akteure im Gesundheitssystem: unterschiedliche Perspektiven ..	9	5.1	Stress insbesondere im Beruf: Wissenschaftliche Perspektive	29
3.1	Perspektiven: professionell und persönlich	9	5.2	Eine Gesellschaft im Stress	33
3.2	Die Perspektiven als Personas	10	5.2.1	Stress von der Wiege bis ins Seniorenheim	33
3.3	„Personas“: Stressbetroffene, Behandler und Vertreter des Systems	11	5.2.2	Eine Gesellschaft versucht, mit „Stress“ umzugehen	34
3.3.1	Persona: Der Patient/Klient	11			
3.3.2	Persona: Die psychologische Psychotherapeutin	13	6	Wahrnehmung von und Umgang mit chronischem Stress	35
3.3.3	Persona: Der Hausarzt	14	6.1	Der Patient/Klient	35
3.3.4	Persona: Der Business Coach	15	6.2	Der Hausarzt: Patienten-Stress und eigener Stress	36
3.3.5	Persona: Der Arbeitgeber	17	6.3	Die Psychotherapeutin: Stressfolgen der Patienten und eigene Belastungen	38
3.3.6	Persona: Der Experte für beruflichen Stress und seine Folgen .	18	6.4	Der Business Coach: Stress – Inhaltlich geht es um Ziele!	43
3.3.7	Zusammenfassung: Integration der Personas	19	6.5	Der Arbeitgeber: Stress am Arbeitsplatz	44
3.4	Wer sind die „echten Experten“ zum Thema „chronischer Stress“?	19	7	Expertenblock II: Burn-out–Stand der Forschung	47
4	Berufliche Überlastung: ein Thema, unterschiedliche Perspektiven ..	23	7.1	Herbert Freudenberger: Der „Erfinder“ des Burn-outs	48
4.1	Stress im Erleben des Patienten/Klienten	24	7.2	Burn-out: Wege und Irrwege der Forschung	49
4.2	Gestresste Patienten angesichts des gestressten Hausarztes	25	7.3	Kein Syndrom, sondern eine Abwärtsspirale?	50
4.3	Gestresste Psychotherapeuten angesichts gestresster Patienten. . .	25	7.4	Wie misst man Burn-out?	51
4.4	Gestresste Klienten beim Business Coach	26	7.5	Welche Berufsgruppe ist am stärksten belastet?	53
4.5	Überlastete bzw. „gestresste“ Mitarbeiter aus Sicht des Arbeitgebers	27			

7.6	Burn-out und kein Ende?	53	10.4	Diagnose „Depression“ aus Sicht des Arbeitgebers	77
7.7	Nachtrag: Burn-out aus Sicht unserer Personas	54			
8	Expertenblock III: Depression–Stand der Forschung	57	11	Expertenblock IV: Zielklärung aus Patienten-/ Klientenperspektive	79
8.1	Seelische Ausnahmezustände und das Funktionieren des Gehirns: Historische Modelle	58	11.1	Ziele des Patienten / Klienten	79
8.2	Diagnostik: Wo fangen psychische Störungen, konkret Depressionen an?	59	11.2	Fragestellung des Experten	80
8.3	Expertenstandards und Gesellschaft: Wechselwirkungen	61	11.2.1	Was versteht ein Patient unter „gesund werden“?	80
8.4	Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell: eine finale Erkenntnis?	61	11.2.2	Was versteht ein Klient unter „gesund werden“?	81
8.5	ICD-10-Kategorien und biopsychosoziales Modell: Wie sage ich es meinen Patienten?	63	11.2.3	Patient oder Klient?	81
8.6	Suizidalität-Abklärung aus der Praxis, für die Praxis	63	11.3	Störungs- bzw. Krankheitsmodelle stressbedingter / depressiver Symptome	81
8.6.1	Suizidalität erkennen	63	11.3.1	Erholungs- bzw. Regenerationsmodell	82
8.6.2	Richtig reagieren	64	11.3.2	Medizinisches Behandlungs- und Genesungsmodell	82
8.6.3	Risikofaktoren und Schutzfaktoren	64	11.3.3	Akzeptanz- und Veränderungsmodell	83
			11.3.4	Das biopsychosoziale Modell: integrativ und allseits offen	84
9	Depression an Fallbeispielen: drei Patienten und ein Klient	67	12	Expertenblock V: Psychopharmaka – zwischen Wissenschaft, Ideologie und Pragmatismus	85
9.1	Patient Andreas A.	67	12.1	Psychopharmaka aus der Sicht des Experten	85
9.2	Patient Bertold B.	68	12.2	Psychopharmaka aus Sicht des Hausarztes	90
9.3	Patient Christof C	68	12.3	Psychopharmaka aus Sicht der Psychotherapeutin	92
9.4	Business Coaching-Klient Daniel D	69	12.4	Psychopharmaka aus Sicht des Business Coachs	92
9.5	Experte: Wo fangen psychische Störungen / Depressionen an?	70	13	Behandlung von depressiven Patienten in der Hausarztpraxis	93
9.6	Sind die Fallbeispiel-Personen „ausgebrannt“?	71	13.1	Die Perspektive des Hausarztes	93
10	Diagnose „Depression“: Behandlung, Therapie, Coaching	73	13.2	Behandlung in der Hausarztpraxis	96
10.1	Diagnose „Depression“ in der Hausarztpraxis	74	13.3	Krankschreibung: ja oder nein?	97
10.2	Diagnose „Depression“ in der psychotherapeutischen Praxis	75	13.3.1	Exkurs: „Medikalisierung“	98
10.3	Diagnose „Depression“ im Business Coaching	76			

14	Psychotherapeutische Behandlung von Stressfolgen und depressiven Störungen	101	17	Behandlung eines depressiven, beruflich belasteten Patienten . .	125
14.1	Vertrauen und eine therapeutische Beziehung	102	17.1	Der Hausarzt und Bertold B.	125
14.2	Formales	103	17.2	Die Psychotherapeutin und Bertold B.	126
14.2.1	Das SORKC-Schema: Verhaltens- bzw. Bedingungsanalyse	103	17.3	Der Business Coach und Bertold B. . .	127
14.2.2	Therapeutisch ausbalanciert: persönliche Bedürfnisse und störungsspezifische Behandlung	105	17.4	Der Arbeitgeber und Bertold B. . . .	128
14.3	Auf die depressive Symptomatik bezogene Behandlung	105	17.5	Der Patient Bertold B.	128
14.4	Der Umgang mit dem, was als Ursache einer Depression erlebt wird	107	18	Beruflich frustrierter, sich depressiv und arbeitsunfähig fühlender Patient	131
14.5	Depression oder Burn-out?	110	18.1	Der Hausarzt und Christof C.	131
15	Business Coaching: Aufgabenfeld und Klientel	113	18.2	Die Psychotherapeutin und Christof C.	132
15.1	Business Coaching: Prospektive Lösungsunterstützung	113	18.3	Der Business Coach und Christof C.	132
15.1.1	Business Coaching von Patienten? . .	115	18.4	Der Arbeitgeber und Christof C.	133
15.1.2	Wie geht ein Coach vor?	115	18.5	Der Patient Christof C.	133
15.1.3	Reintegration, zurück in die alten Muster: Zumutbarkeit und Möglichkeiten . . .	117	19	Coaching-Klient Daniel D.	135
15.1.4	Schnittstellen-Probleme	118	19.1	Der Hausarzt und Daniel D.	135
16	Behandlungsverlauf einer schwergradigen Major Depression	119	19.2	Die Psychotherapeutin und Daniel D.	136
16.1	Der Hausarzt und Andreas A.	119	19.3	Der Business Coach und Daniel D. . .	136
16.2	Die Psychotherapeutin und Andreas A.	120	19.4	Der Arbeitgeber und Daniel D.	137
16.3	Der Business Coach und Andreas A.	121	19.5	Der Coaching-Klient Daniel D.	138
16.4	Der Arbeitgeber und Andreas A.	122	20	Eine Diskussionsrunde aller Beteiligten	139
16.5	Der Patient Andreas A.	122	21	Zusammenfassung und Ausblick: Individuelle und Metaebene	147
				Literatur	150

6.3 Die Psychotherapeutin: Stressfolgen der Patienten und eigene Belastungen

Stress ist das zentrale Paradigma der modernen Psychologie und Psychotherapie.

Die Psychotherapeutin



„Die meisten meiner Patienten haben letztlich ein Stressproblem. Entweder im Beruf und/oder privat. Meist in beiden Bereichen. Wobei es für viele Berufstätige heute offenbar naheliegt, zuerst einmal über berufliche Probleme zu reden: ‚In der Arbeit wird mir alles zu viel. Ich glaube, man nennt das Burn-out‘. Wenn Patienten zu mir kommen, dann haben sie in der Regel mehrere Monate auf einen Therapieplatz gewartet und sind froh, mir nun gegenüber sitzen zu dürfen. Weniger motivierte Menschen wollten nicht solange warten und sind bereits abgesprungen. Bezüglich einer depressiven Symptomatik Schwerkranken sind zwischenzeitlich längst bei einem Psychiater oder in der Klinik gelandet. Entsprechend sitzt mir nun jemand gegenüber, dem es ein Bedürfnis ist zu reden. Er erwartet, dass ich, die Expertin, ihm zuhöre und ihm dann irgendwie helfe. Ich helfe ihm bereits damit, dass ich zuhöre. In solchen Momenten – die viele Therapiestunden dauern können – wird mir bedrückend bewusst, wie sprachlos und einsam unsere so extensiv kommunikationsfreudige Gesellschaft geworden ist. Internet und ‚Likes‘ helfen diesbezüglich niemanden, zumindest nicht meinen Patienten. Das Gefühl, dass mir zugehört wird und dass ich jemanden wichtig bin – und sei es in einer von der Krankenkasse bezahlten Therapiestunde – ist überlebenswichtig und wird zunehmend rarer.

Einerseits, laut Ausbildungs- und Prüfungsordnung, sind Psychotherapeuten eine relativ homogene Berufsgruppe. Andererseits sind wir recht unterschiedliche Individuen, von denen aber viele dem ‚normalen‘, dem nicht therapeuti-

schen Arbeitsleben distanziert gegenüberstehen. Tiefenpsychologische Kollegen vertraten früher den Standpunkt, dass man mit Patienten gar nicht über aktuelle berufliche Probleme sprechen solle, weil diese sowieso nur die Manifestation der eigentlich relevanten, in der frühen Kindheit zu verortenden Probleme seien. Das hat sich heute in der Praxis (auch in tiefenpsychologischen Settings) deutlich verändert. Gleichwohl dürften sich die Geister der Psychotherapeuten auch heute noch an folgender Frage scheiden: Ist chronischer Stress im Beruf eine Normalität, durch die jeder, also auch meine Patienten letztlich ‚durch müssen‘ – und ich als Therapeutin unterstütze die Patienten diesbezüglich so gut es geht. Oder ist Stress letztlich eine Zumutung, vor der ich Patienten so gut wie möglich schützen muss? Vermutlich spürt der Patient bereits bei den ersten Sätzen, in denen er über seine belastete Arbeitssituation berichtet, ob ich eher den ersten oder den letztgenannten Standpunkt habe. Es gibt vermutlich nicht wenige Therapeuten, die ihre Patienten vor allem erzählen lassen, nicken, bestätigen und noch einmal bestätigen. Womit man viele Stunden füllt und Patienten in aller Regel zufriedenstellen kann. Laut Psychotherapieforschung sind solche ‚unspezifischen Faktoren‘ nachgewiesenermaßen die Basis für das Gelingen jeder Therapie.

Ob ein Patient bereits vorher bei einem Kollegen in Psychotherapie war, merkt man recht schnell. Auch die Form der Psychotherapie, die der Patient erhalten hat, offenbart sich in wenigen Sätzen. Menschen haben oft ein gutes Gespür für ihr Gegenüber. Entsprechend versuchen sie intuitiv, die Erwartungen ihres Therapeuten zu

erfüllen, unter anderem indem sie dessen Vokabular übernehmen. Fast jeder will einen guten Eindruck machen und gemocht werden. Wenn ich deine Sprache spreche, dann nähere ich mich dir an. Wenn ein Patient ‚sich selbst wirklich verstehen‘ will, dann war er tiefenpsychologisch unterwegs. Will er Probleme bewältigen oder gar Expositionen machen, dann kann das nur bei einer Verhaltenstherapie abgelauscht sein. Vielfach wissen die Patienten nicht, was hinter den Begriffen steckt, die sie verwenden. Zumindest demonstrieren sie, dass

sie versuchen, sich auf Psychotherapie, welche auch immer, einzulassen.“ „Ausgehend von meiner Ausbildung als kognitive Verhaltenstherapeutin, wobei man immer auch ‚integrativ‘ arbeitet (was ich aber nicht als ‚Beliebigkeit‘ verstanden haben möchte: Selbstverständlich geht jede gute Psychotherapie auch in ‚die Tiefe‘), versuche ich nach maximal zwei Stunden ein Fundament einzuziehen. Auf diesem kann dann an konkreten Veränderungen gearbeitet werden.“

Die vom Patienten verwendeten Begriffe („zu viel Stress“, „Burn-out“, „einfach alles zu viel“ etc.) müssen bezüglich ihrer konkreten Bedeutung in dessen Erleben hinterfragt bzw. konkretisiert werden.

Achtung: Generalisierte Kommunikationsmedien: Jeder glaubt, sie zu verstehen, auch wenn ggf. etwas ganz anderes damit gemeint ist!

MERKE

Emotional-warmherzige Zuwendung und „Validation“, Bestätigung des Patienten in seinen Wahrnehmungen und Leiden, sind Voraussetzungen und meist mehr als „die halbe Miete“ jeder Form von Psychotherapie.

Die Psychotherapeutin



„Ich versuche mich dann an eine Klärung der verwendeten Begriffe heranzutasten und parallel dazu die Begriffe, die in der Therapie wichtig sind, zu definieren, beginnend etwa mit:

„Sie fühlen sich in Ihrer aktuellen Arbeitssituation „im Stress“. Das kann ich gut verstehen, Sie erleben dort eine Konstellation, in der Sie nichts richtig machen können, gleichzeitig erleben Sie immensen Druck. Bevor wir uns das näher anschauen, müssten wir klären, was Stress ist und wie chronischer Stress funktioniert, um eine Chance zu haben, dass Sie einen Ausweg finden und Ihr Problem lösen können.“

Solche Zäsur ist wichtig und mitunter schwierig. Es gilt, mit dem Patienten empathisch im Kontakt zu bleiben und gleichzeitig das Thema auf zunächst einmal recht abstrakte Aspekte zu bringen. Eine gute Möglichkeit ist, an einer Flip-Chart oder mit einem Blatt Papier zu

arbeiten (Hillert et al. 2016; dies. 2017): „Um einen Überblick zu bekommen, was erleben Sie aktuell als Stress?“

Der Patient nennt dann die jeweiligen Bereiche und ich schreibe sie in Stichworten auf. Ganz oben stehen dann die Klagen über gesellschaftliche und allgemeine wirtschaftliche Entwicklungen (etwa ‚Globalisierung, zunehmende Beschleunigung, Verlagerung der Produktion in Billiglohnländer etc.‘).

In einem Block darunter findet sich das, was in der aktuellen Arbeitssituation des Patienten relevant ist, also z. B. ‚zu wenig Personal, inkompetenter, nicht wertschätzender Chef, Mobbing im Kollegium etc.‘

Im dritten Block darunter, steht alles, was persönlich mit dem Patienten zu tun hat. Meistens kommen Aussagen zu diesem Punkt erst, wenn ich (vorsichtig) gezielt danach frage:

„Was müssten Sie bzw. können Sie anders machen, damit Sie mit dem ‚Stress‘ besser zurechtkommen?“

Häufige Antworten auf diese Frage sind: ‚Ich müsste besser abschalten können. Ich müsste in Konflikten besser meine Positionen vertreten

können. Ich müsste mich am Wochenende tatsächlich erholen, einen besseren Schlaf haben, nicht nur vor dem Fernseher sitzen, aktiver werden ...‘ Das wird dann auf dem Flip-Chart entsprechend notiert (> Abb. 6.1).“

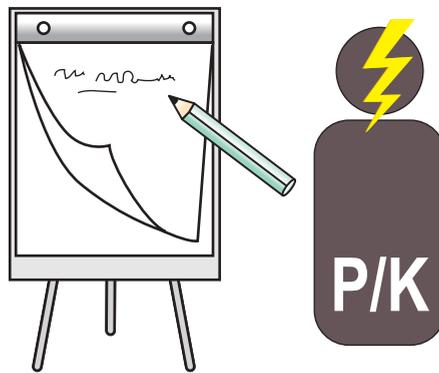


Abb. 6.1 Methode der Visualisierung von Gedanken, z.B. am Flip-Chart

Die Psychotherapeutin



„Zum „Stress haben“ gehört für viele Patienten unter anderem, schlecht abschalten zu können, angespannt und nervös zu sein, in Konflikten um des lieben Friedens willen in die Defensive zu gehen und selbst am Wochenende nicht zur Ruhe kommen zu können. Das Ergebnis schaue ich mir dann mit dem Patienten an, im Sinne von ‚Fällt Ihnen dabei etwas auf?‘

Die Reihenfolge, die ich gewählt habe, macht es in der Regel offenkundig: Ganz oben stehen Stressoren, die de facto kaum oder auch gar nicht verändert werden können (> Abb. 6.2). Meine Frage angesichts dessen ist dann:

„Was glauben Sie? Hilft es Ihnen, wenn wir uns die nächsten Stunden intensiv über die Globalisierung oder die Defizite externer Berater unterhalten? Würden Sie das wirklich wollen?“

Es gibt natürlich Patienten, die mich vehement davon überzeugen wollen, dass genau da ihr Problem herkommt. ‚Die Verlagerung der Produktion nach Rumänien droht, weil die Geschäftsleitung den Gewinn maximieren will und ihnen die langjährigen Mitarbeiter in Deutschland egal sind.‘ In solchen Fällen bleibt mir nur, freundlich und wertschätzend darauf hinzuweisen,

dass ich das verstanden habe und ähnlich sehe. Gleichwohl wäre ich eine schlechte Therapeutin, wenn wir lange darüber reden würden. Es führt den Patienten absehbar in eine Sackgasse. Wir würden gewissermaßen zusammen grübeln, was dem Patienten sicher **nicht** hilft. Man fokussiert die Aufmerksamkeit nur immer weiter auf die unlösbaren Aspekte des Problems und riskiert, die lösbaren dabei zu übersehen. Ähnlich ist es mit Problemen am aktuellen Arbeitsplatz. Wir können uns dann gemeinsam darüber aufregen, was für eine Flasche dieser Chef ist und dass es heute leider kein Einzelfall ist, dass ‚blutjunge Berater‘ ihre Sprüche abziehen, Flurschaden anrichten und wieder gehen. Wenn Patienten differenzierter und sensibler sind, können sie nach einigen Reflexionen in dieser Richtung nachvollziehen, dass sobald wir auf ein solches Thema einsteigen, es ihnen – gefühlt und für den Moment – zwar besser geht. Sie fühlen sich von mir verstanden, was prinzipiell gut, wichtig und richtig ist. Es hat aber, und diesen Vergleich benutze ich dann gerne, etwas mit Zigarettenrauchen oder ein Glas Bier trinken zu tun. Kurzfristig erleichtert es. Längerfristig bekommt man Raucherhusten oder eine Fettleber.“

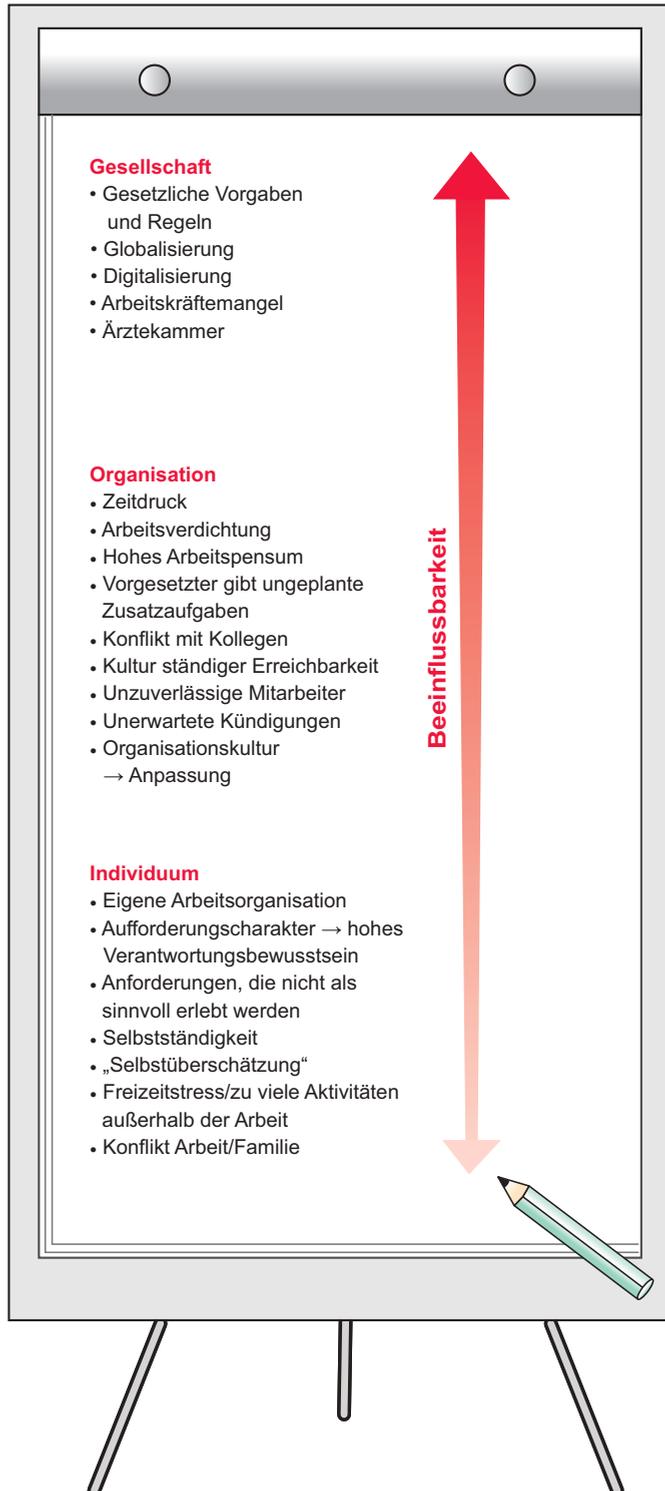


Abb. 6.2 Belastungen auf unterschiedlichen Ebene und die Möglichkeiten des Individuums, darauf Einfluss zu nehmen

MERKE

Verständnis ohne die Möglichkeit, dass man tatsächlich etwas verändern kann, ist und bleibt eine halbe Sache, die üblicherweise ungut endet und nichts mit Therapie zu tun hat.

Die Psychotherapeutin



„Letztlich geht es darum, dass der Patient und ich uns mit den Themen, auf die er direkten Einfluss hat, beschäftigen. Dass mag zwar zunächst ernüchternd sein, hat aber den Vorteil, dass dort eben tatsächlich „etwas machbar“ ist. Schließlich möchte ich ja mit dem Patienten erfolgreich arbeiten, nicht nur Stunden absitzen und für ‚nett‘ und ‚verständnisvoll‘ gehalten werden.

Wenn ich auf einer solchen Ebene mit einem Patienten arbeiten kann, dann sind positive Perspektiven absehbar. Wenn ein Patient hingegen immer wieder in den Klagemodus gerät, quasi um Mitleid mit seiner schwierigen Situation bittet, dann müssen dringend – gerne auch mehrfach – der Therapieauftrag und das Therapieziel geklärt werden (> Kap. 11).

In einem nächsten Schritt geht es darum, die verwendeten Begriffe, insbesondere auch ‚Stress‘, auf eine solide Grundlage zu stellen. Wenn man Schlagworte nicht näher definiert, dann können sie alles und nichts meinen, von ‚ich schaffe etwas nicht‘ über ‚mir ist zu viel‘ bis zu einer regelrechten Depression (> Kap. 8). Also konkret:

„Sie haben Stress, was meinen Sie damit? Was erleben Sie dabei?“

Und dann hole ich didaktisch aus, um die in der Therapie wichtige **Unterscheidung zwischen Stressor**, also dem äußeren Aspekt, den in ähnlicher Situation befindliche Menschen entsprechend erleben würden, **und der Stressreaktion**, also dem, was in meinem Patienten physiologisch-körperlich und psychisch abläuft, zu unterscheiden (> Kap. 5). Wichtig ist, dies dann auf den Einzelfall hin zu konkretisieren. Bei einem Patienten ist der Stressor beispielsweise

sein Druck machender, inhaltlich wenig informierter Chef. Macht dieser ‚objektive‘ Stressor – der mich persönlich sicher auch massiv ärgern würde (das sage ich auch so, ohne eine gewisse emotionale Nähe zum Patienten geht es nicht!) – allen Kollegen in der Abteilung den gleichen Stress? Reagieren alle Kollegen mit einer vergleichbar großen Stressreaktion? Offenbar nicht? Was macht dann den Unterschied aus, warum kommen einige mit dem Phänomen: ‚junger, unerfahrener, Druck machender Chef‘ besser zurecht als andere? Hat das etwas mit dem Alter zu tun? Ansonsten? Auf diese Weise wäre der Patient und ich auf einer Ebene gelandet, auf der deutlich wird, wie er mit den konkreten Belastungen besser, für ihn weniger ‚stressig‘ umgehen kann.

Ich persönlich bin froh, dass ich aus der ‚Krankschreibe-Nummer‘ ein Stück weit draußen bin. Das überlasse ich gerne dem Hausarzt. Meine Erfahrung ist, dass Krankschreibungen für den Therapieprozess nicht hilfreich sind. Sie symbolisieren dem Patienten, dass er nicht in der Lage bzw. dass es ihm unzumutbar sei, sich mit den Problemen am Arbeitsplatz eigenverantwortlich auseinanderzusetzen. Das ist, wenn es um Veränderungen seines Verhaltens und seiner Muster gehen soll, problematisch. Stress zu haben und darunter zu leiden, heißt nicht, dass man handlungsunfähig ist. Letztlich bleibt ein Mensch jenseits schwergradiger Einschränkungen für seine Situation selbst mitverantwortlich. Als Therapeutin kann ich nur auf einer solchen Basis sinnvoll Therapie machen, auf Augenhöhe mit Patienten, die an sich arbeiten und sich dies auch zumuten wollen.“

6.4 Der Business Coach: Stress – Inhaltlich geht es um Ziele!

Der Business Coach

„Stress in der Arbeitswelt? Wenn es den nicht gäbe, bräuchte es meinen Berufsstand nicht. Wenn sich Klienten an mich wenden, dann haben bzw. leiden sie unter Stress. Sie erleben sich im Beruf massiv unter Druck gesetzt, sind frustriert. Einige erleben ihre Situation als existenzielle Bedrohung. Alle suchen nach neuen Perspektiven. Ihre Hoffnung und Erwartung ist, dass ich mit ihnen eben solche neuen, für sie attraktiven Perspektiven aufzeigen kann und ihnen helfe, den Weg dahin zu gehen. Im Business-Kontext erfolgreich bleiben bzw. werden, wäre die Überschrift. Insofern ist für mich als Business Coach die Symptomatik eines Klienten nur bedingt relevant. Dass er Probleme hat, kann vorausgesetzt werden, sonst würde er nicht kommen: Schlafstörungen, Frusterleben, Ärger, das gehört meist dazu. Solange solche Symptome nicht zu ausgeprägt sind und den Klienten nicht spürbar beeinträchtigen, gehe ich nicht weiter darauf ein. Schließlich gilt es, **zukunftsorientiert** zu arbeiten. Ich stelle Fragen, die den Klienten zum Nachdenken anregen und ihm helfen, Alternativen zu entwickeln. Fast alle meine Klienten stecken in einem Teufelskreis. Einerseits sind sie unter Druck und andererseits versuchen sie mit

den ihnen zur Verfügung stehenden Mustern, ihre Situation zu verbessern, was in der Regel dazu führt, sich immer weiter hineinzureiten. Wenn der Chef eines Klienten diesen immer wieder frustriert, weil er letztlich Angst vor ihm hat, dann nützt es dem Klienten wenig, die ihm übertragenen Aufgaben immer besser zu erledigen. Eine Technik, die ich gerne verwende, um ausgehend von solchen Konstellationen attraktive und potenziell erreichbare Perspektiven zu finden, ist ‚**Visualisierung**‘ (Albrecht 2018, 167–168). Ich fordere den Klienten auf und arbeite mit ihm daran, sich sein Ziel möglichst konkret vorzustellen. Ein Klient, der für sich eine konkrete attraktive Zukunftsperspektive entwickelt hat, ist bereits mit zumindest einem Bein aus dem Teufelskreislauf heraus. Insofern geht es mir nicht darum, wie es einige Psychotherapeuten tun, die Vergangenheit meiner Klienten eingehend zu analysieren. Vergangenheit ist Vergangenheit. Vielmehr geht es einem Business Coach darum, das Spektrum perspektivischer Möglichkeiten auszuloten und möglichst effektiv Akzente zu setzen, die den Klienten Motivieren seine Ressourcen zur Überwindung seiner aktuellen Problemkonstellation zu nutzen.“

Ein Klient kommt zum ersten Gesprächstermin und berichtet, dass er arg „im Stress“ sei. Das ist gewissermaßen der Aufhänger, aber auch nicht mehr. Effiziente Coachs halten sich nicht mit langen Klagemauer-Sitzungen auf. **Notorisches Klagen hilft niemandem.** Es zieht den Klienten nur emotional weiter runter. „Hier spielen wir mit offenen Karten: was ist Ihr konkretes Ziel, welches Problem soll gelöst werden?“ Idealerweise wird das Gespräch direkt auf den Coaching-Auftrag gelenkt. Diesen zu konkretisieren, sodass er gleichermaßen realistisch und attraktiv für den Klienten ist, dafür muss man sich die nötige Zeit nehmen. **Coaching ohne klares Ziel und ohne Auftrag funktioniert nicht.“**

services“. Hier wird dann auch eine Definition versucht, die kaum mehr als die im Bild „ausgebrannt“ immanenten Aspekte beinhaltet.

Burn-out in der ICD-11

„Burn-out is a syndrom conceptualized as resulting from chronic workplace stress that has not been successfully managed. It is characterized by three dimensions:

- *feeling of energy depletion or exhaustion;*
- *increased mental distance from one's job, or feeling of negativism or cynicism related to one's job; and*
- *reduced professional efficacy.*

Burn-out refers specifically to phenomena in the occupational context and should not be applied to describe experiences in other areas of life.“

ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, Version 04/2019 (https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/)

Absehbar wird diese Definition nicht dazu beitragen, das Phänomen angesichts von Individuen eindeutig feststellen bzw. ausschließen zu können. Zwar gelten u. a. Anpassungsstörungen, Angst- und affektive Störungen (also Depressionen) als Ausschlusskriterien, d. h., wer die Kriterien einer Depression erfüllt, sei demnach laut WHO nicht „ausgebrannt“. Eine solche formale Vorgehensweise geht an dem, wie der Begriff auf breiter Ebene verwendet wird, vorbei und hilft absehbar niemanden. Das Burn-out in der ICD-11 ausführlicher gewürdigt wird als in der Vorgängerversion imponiert als wohlgemeinter diplomatischer Akt: Der extensiven Burn-out-Diskussion in der Öffentlichkeit wird Rechnung getragen. Wissenschaftlicher Fortschritt sieht absehbar anders aus. Gerade Menschen, die sich in Schule, Ausbildung und Pflege von Angehörigen „ausgebrannt“ fühlen, werden sich vom Umstand, dass sie nach ICD-11 nicht ausgebrannt sein können, kaum beeindrucken lassen. Das Burn-out-Karussell darf sich weiter drehen.

7.3 Kein Syndrom, sondern eine Abwärtsspirale?

Herbert Freudenberger ging ursprünglich davon aus, dass für Burn-out nicht die jeweiligen Symptome, sondern die in Überlastungskonstellationen

quasi naturgesetzlich ablaufende Genese spezifisch sei. Beruflich besonders engagierte Menschen (s. o.) würden demnach durch Überengagement, zumal wenn es um die Unterstützung von Mitmenschen geht, und natürlich aufgrund ungünstiger Rahmenbedingungen derart belastet, dass sie – vergleichbar einer sich leerenden Batterie – mehr Energie verlieren als durch Nachladen hinzukommt. Die Betroffenen geraten so in immer energieärmere Stadien, wobei – je nach Autor – entweder der Prozess als insgesamt oder nur das Endstadium als „ausgebrannt“ bezeichnet wird. Von den verschiedenen, sich mit Burn-out beschäftigenden Autoren wurden diverse, zwischen zwei und zwölf Stufen beinhaltende Burn-out-Stadien-Modelle vorgeschlagen (Korczak et al. 2010). Alle entsprechen dem bereits erwähnten „Modell der sich entleerenden Batterie“. Ein Beispiel mit zehn Stufen (Fengler 1991) zeigt > Abb. 7.2. Das zentrale methodische Problem aller dieser Modelle liegt darin, dass sich die Stufen bzw. Stadien nicht klar gegeneinander abgrenzen lassen: Wer war nicht mitunter erfolglos? Wer zeigte nicht unter Belastung vermehrte Anstrengung? Wer fühlte sich nie erschöpft? Letztlich können alle diese „Stadien“ eben auch fluktuierende Facetten des normalen (Berufs-) Lebens sein.

Mit Fragebögen lassen sich Menschen dann zwar einzelnen Stufen zuordnen (vgl. Burisch 2014). Die Stabilität dieser Zuordnung und die von den Modellen behauptete, quasi naturgesetzliche Dynamik im Sinne der Abwärtsentwicklung ließen sich empirisch aber nicht nachweisen.

Im Gegenteil, Menschen haben relativ stabile Modi, mit beruflichen Belastungen umzugehen. Wenn keine gravierenden Ereignisse eintreten bzw. Menschen sich durch Trainings oder Supervision bemühen, ungünstigere Strategien zu verbessern, ist die Wahrscheinlichkeit groß (ca. 75%), über viele Jahre im selben Modus zu bleiben. Wenn somit bereits ca. 30 % aller Lehramtsstudenten ausgebrannt sind, also bevor sie in der Schule als Lehrkraft tätig werden und diese Häufigkeit über die Altersgruppen hinweg etwa gleich bleibt, dann spiegelt dies eben nicht den hohen Stress in einem schwierigen Beruf, sondern zumindest anteilig auch die (Selbst-)Selektion von den diesen Beruf ergreifenden Menschen (vgl. Schmitz und Leidl 1999; Gluschkoff et al. 2016).



Abb. 7.2 Die 10 Burn-out-Entwicklungsstadien nach Fengler (1981)

7.4 Wie misst man Burn-out?

Um im wissenschaftlichen Kontext relevant zu sein, muss ein psychologisches Phänomen messbar sein (Pines et al. 1981; Schaufeli et al. 2003). Der „Goldstandard“ bezüglich Burn-out ist bis heute das von Christina Maslach konzipierte, evaluierte und publizierte **„Maslach Burn-out-Inventar“ (MBI)** (Maslach und Jackson 1996; vgl. Maslach und Leiter 2016). Es wurde zwischenzeitlich in viele Sprachen übersetzt. Wenn in der Literatur Burn-out quantifiziert wird, dann liegen meist das MBI oder daraus abgeleitete Instrumente zugrunde. Christina Maslach forschte zeitgleich mit Herbert Freudenberger, aber ohne konzeptuell auf seine Publikationen Bezug zu nehmen (ihren Schilderungen zufolge war Burn-out seinerzeit – in den Jahren um 1974 – bereits eine typische Problematik u. a. von Steuerberatern).

Christina Maslach arbeitete als Psychologin am von Philip Zimbardo geleiteten Institut in Stanford, in dem u. a. das berühmte „Stanford-Prison-Experiment“ durchgeführt wurde (Zimbardo 2005). Studenten, die in diesem „Spiel“ per Zufall zu Gefängnisaufsehern gemacht wurden, schikanierten innerhalb kurzer Zeit ihre nach dem Zufallsprinzip zu Gefangenen ernannten Mitstudenten und verloren dabei jede Form des gesellschaftlich üblichen bzw. erwünschten Anstands. Dieses Phänomen bezeichnete man als „Dehumanisierung“ oder auch

als „Depersonalisierung“. Mitmenschen werden dabei mit hoher emotionaler Distanz, quasi wie Gegenstände, behandelt. Nicht zuletzt unter dem Buchtitel „Satankomplex“ hat dieses Phänomen Berühmtheit erlangt (Zimbardo 2008). Neben den bereits durch den Begriff „ausgebrannt“ nahegelegten Aspekten „Erschöpfung“ und „verminderte Leistungsfähigkeit“ konnte Christina Maslach im Rahmen ihrer Forschungen zum Thema auch entsprechende Dehumanisierungs-Phänomene bei Burn-out-Klienten beobachten und nahm dies entsprechend in ihre Burn-out-Konzeption auf. Zu den drei Aspekten Erschöpfung, verminderte Leistungsfähigkeit und Dehumanisierung wurden dann Aussagen/Items formuliert und in Befragungen getestet. Schließlich resultierte der Fragebogen mit 25 Items. Christina Maslach beabsichtigte nie, den MBI als psychopathologisch-diagnostisches Instrument einzusetzen und Burn-out als Diagnose zu etablieren. Sie betrachtete Burn-out vielmehr als eine individuelle Folge ungünstiger, überfordernder Arbeitsbedingungen. Der Umstand, dass in medizinischen Versorgungssystemen (etwa in Deutschland) nur Diagnosen, nicht aber persönliche Befindlichkeiten (Leistungs-)Ansprüche begründen, mag dazu beigetragen haben, dass die spezifische Burn-out-Konnotation von Christina Maslachs von Experten wie Betroffenen übersehen und Burn-out als Diagnose-Kategorie missverstanden wurde (vgl. Hillert und Marwitz 2006; DGPPN 2012).

Was für eine subjektive Befindlichkeit abbildenden Fragebogen angemessen ist, nämlich Belastungen quasi auf einem Kontinuum abzubilden, wird für ein diagnostisches Instrument zum Problem. Konkret: Für den MBI gibt es bis heute weder an repräsentativen Gruppen z.B. der deutschen Bevölkerung abgesicherte Normwerte noch klare Cut-off-Werte, also Punktwerte, jenseits dessen vom Vorliegen einer – wie auch immer – krankheitswertigen Form des gemessenen Phänomens ausgegangen werden kann. Was vorliegt, sind Mittelwerte, etwa von mehr als 10.000 Befragten von Christina Maslach oder auch aus den Niederlanden. Nachdem offen ist, wer dabei konkret befragt wurde und ob diese Personen krank und/oder therapiebedürftig waren, sagt es letztlich wenig, ob der Wert eines Patienten nun über oder unter diesen (abweichenden) Mittelwerten liegt. Wenn Zahlen publiziert werden, etwa wonach sich ein Drittel aller Lehrer einer Region, aller Ärzte und Krankenpfleger einer Klinik, alle Zahnärzte eines Bundeslandes oder z.B. auch die Mitarbeiter einer Erdölbohrplattform in der Nordsee in einem Stadium des Burn-out-Prozesses befinden, dann erregen solche Meldungen einerseits hohe berufs- und sozialpolitische Aufmerksamkeit. Leider sagen solche Zahlen wenig aus, worauf schon der Umstand verweist, dass viele Umfragen bei den unterschiedlichsten Berufsgruppen zu tendenziell ähnlichen Ergebnissen kommen. Die jeweils von Vertretern der Berufsgruppen gerne als „schockierend“ bewerteten Ergebnisse sind letztlich kaum mehr als mathematische Artefakte. Komplexe determinierte Merkmale (etwa die Körpergröße) sind in der Natur „normalverteilt“. Das heißt, die Mehrzahl aller mit dem MBI befragten Personen geben Werte im mittleren Bereich an. Im Sinne der Gaußschen Normalverteilung liegen dann etwa gleich viele Personen über und unter dem Mittelwert. Je nach Streckung der Kurve erreicht dann meist plus/minus ein Drittel aller Messungen „besonders“ hohe Werte.

Ein weiteres Problem des MBI – und der Burn-out-Konzepte insgesamt – ist der Umstand, dass die Ergebnisse jeweils im mittleren Bereich mit vielem, was man psychometrisch erfassen kann, korrelieren: mit Depressivität, mit Stresserleben, mit Arbeitszufriedenheit, mit Neurotizismus etc. Diese Korrelationen überraschen somit kaum, zumal sie bereits in der Formulierung der Aussagen/Items an-

gelegt sind: „Von meiner Arbeit fühle ich mich erschöpft“. In eben solchen Fragen sind die Symptomwahrnehmung (also: ich fühle mich erschöpft – was per se sehr viele Ursachen haben kann, vom grippalen Infekt bis zur Schilddrüsenunterfunktion) und die „**subjektive Kausalattribution**“ (also der Grund, warum ich glaube, dass die Symptome eingetreten sind) gegenseitig „kontaminiert“. Nun ist „Stress“ aktuell das letztlich für fast jede Gesundheitsstörung, bis hin zu Krebs und Demenz, verantwortlich gemachte Agens. Wenn ich viel Stress habe, dann geht es mir nicht gut. Umgekehrt: Wenn es mir nicht gut geht, dann liegt die Vermutung nahe, dass ich zu viel Stress hatte ... also bin ich „burned-out“?! Das Burn-out-Phänomen, respektive der Begriff an sich, liegt somit unmittelbar am Puls unserer Zeit. Das integrale Bild ist höchst prägnant und zudem sehr emotional: *„Wer je ein ausgebranntes Haus gesehen hat, der weiß, wie verheerend so etwas sein kann“*, so brachte es bereits Herbert Freudenberger auf den Punkt.

Einerseits imponiert der Burn-out-Begriff damit wie des „Kaisers neue Kleider“ im entsprechenden Märchen. Je intensiver man sie betrachtet, umso deutlicher wird, dass der Kaiser nichts anhat. Andererseits sind die Bilder bzw. die Erwartungshaltung, die die Begriffe Burn-out bzw. ausgebrannt in uns induzieren, derart prägnant, dass sich eine eigene Wirklichkeit herausbildet. Konkret: In unserer post-industriellen Gesellschaft sind uns sich leerende Batterien von Kindheit an vertraut, das damit betriebene Auto fährt immer langsamer und bleibt zuletzt liegen. Wie intensiv man dann auch Gas zu geben versucht, nichts rührt sich mehr. Eben diese hohe Plausibilität ist dem Burn-out / Ausgebrannt-Phänomen eigen. Es macht es zu einem idealen, jedem spontan verständlichen, nicht stigmatisierenden (denn das kann ja jedem, vor allem aber besonders Engagierten passieren) und damit schier unverwüsthlichem Kommunikationsmedium.

BEISPIEL

„Ich war eine junge, hochengagierte Lehrerin. Ich wollte wirklich guten Unterricht machen, habe mich im Getriebe des Schulsystems und mit Eltern und Schülern, die mich boykottiert haben aufgegeben ... nun geht einfach nichts mehr!“

7.5 Welche Berufsgruppe ist am stärksten belastet?

Es gibt viele Studien, welche die Häufigkeit und Ausprägung der Burn-out-Belastung umschriebener (Berufs-)Gruppen zu erfassen versuchen. Mitunter hat dies die Qualität eines imaginären Wettkampfes: Wem geht es am schlechtesten, wer ist am stärksten „Burn-out“-gefährdet? (Selbstverständlich mit der Implikation: Wer braucht am meisten Entlastung bzw. Unterstützung?). Dabei finden meisten Experten, die sich mit Lehrer-Gesundheit beschäftigen, dass Lehrkräfte besonders belastet seien (Hakanen et al. 2006) ... und diejenigen, die die Belastung von Ärzten untersuchen, konstatieren selbiges in Bezug auf diese Berufsgruppe (Gluschkoff et al. 2016; Rotenstein et al 2018; Dyrbye et al. 2019). So plausibel die Ergebnisse dieser Studien auch sein mögen, der Haken liegt jeweils in der Methodik. Zum einen in den Fragebögen (s. o.), zum anderen dem Kontext der Befragung: Wenn gezielt einzelne Berufsgruppen untersucht werden, dann liegt es für Befragte nahe, eben dies zum Anlass zu nehmen, der Welt zu zeigen, dass es einem nicht gut geht, wie viel man arbeitet und wie wenig man dafür an Anerkennung erhält. So weit, so menschlich. Und dass Unterstützung in fast jeglicher Form, etwa in Form einiger Beratungs- und Coachinggespräche, geeignet ist, das Problem jeweils (nur ein Stück, aber immerhin) zu lösen, ist zunächst einmal erfreulich. Auf der Suche nach der belastetsten Berufsgruppe kann man allerdings auch auf Gruppen stoßen, die als solche bislang jenseits des Interesses lagen, beispielsweise Schüler. Vergleicht man Berliner Studenten mit den Schülern eines Bayerischen Gymnasiums, dann schneiden letztere schlechter ab. Dass dies das Burn-out-Modell auf den Kopf stellt (Burn-out-Erleben hat anscheinend nichts damit zu tun, wie lange man sich verausgabt hat, sondern eher, für wie frustriert man seine Situation hält), ist das eine. Das andere ist, dass sich gerade die Schüler am belastetsten fühlen, die am wenigsten wissen, wo sie im Leben hin wollen. Die Lektion, die sich aus dieser Studie (Hillert S. et al. 2018) lernen lässt, dürfte an Relevanz kaum zu überschätzen sein, gerade weil sie den spontanen Regungen, Burn-out-Betroffene zu entlasten, diametral widerspricht: Schüler bzw. junge Menschen, die wissen, wohin sie

wollen (egal ob sie die Richtung später noch ändern), kommen mit den Belastungen der Schule erheblich besser zurecht als die Kollegen, die „schauen wir mal, dann sehen wir schon“ als Motto haben.

Es läge nahe, eben dies auch auf andere Gruppen zu übertragen:

Orientierung und konkrete Ziele sind ein gutes Mittel, um **Stressbelastung und Burn-out-Gefahr zu reduzieren**.

Orientierungs- und Ziellosigkeit hingegen sind – zumindest in unserer richtungslosen Epoche – potente Stressoren.

Diese Erkenntnisse sind sicher nicht unlogisch. Aber sie sind unbequem, weil sie zunächst einmal Druck machen, den Kindern wie deren Eltern und allen, die sich in ähnlichen Konstellationen befinden. Irgendwie wird an dieser Stelle alles paradox: Schonung macht Stress, Entlastung bodenlos und Abwarten macht flügelahm. Auch bei Erwachsenen dürften eben diese Aspekte – neben anderen – relevant sein (Hillert 2019).

Frage: Wollen wir das alles wirklich wissen? Wissenschaft, die Stress macht, wer braucht so etwas? Nicht zuletzt an dieser Stelle wird deutlich: Stress- und Burn-out sind auf allen Ebenen ein immanent systemisches Problem!

7.6 Burn-out und kein Ende?

Zusammenfassend resultiert ein in sich argumentativ-hermetisch geschlossenes, überzeugendes Bild, dessen Karriere 1974 begann und seitdem auf mitunter schwankendem, letztlich aber hohem Niveau weitergeführt wird. Den Experten in der WHO war vermutlich schnell klar, dass ein derartige „Störungsbild“, das weder charakteristische Symptome noch irgendwie klar fassbare Genese-Abläufe hat, sich nicht als Diagnose eignet:

MERKE

Diagnosen sollten anhand von Symptomen **objektiv und reliabel** (also z. B. von unterschiedlichen Personen gleichermaßen) feststellbar und letztlich valide (also quasi eigenständige Störungsbilder mit umschriebenen Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten) sein. **Burn-out ist all dies definitiv nicht.**

Also wurde von Bestrebungen, Burn-out zu einer Diagnose zu machen, Abstand genommen. Was bleibt, ist die bereits erwähnte Zusatzkodierung Z 73.0 bzw. QD 85 (Dilling et al. 2015).

Der Popularität und Anziehungskraft des Phänomens hat dies keinen Abbruch getan. Das ist bemerkenswert und muss Gründe haben, die sicher nicht im wissenschaftlichen Bereich liegen. Wenn Burn-out Vorteile hat, dann die, dass damit „Minderleistungszustände“ kommunizierbar werden, und zwar ohne das Stigmatisierungspotenzial, das psychischen Störungen in unserer Gesellschaft eigen ist. Wenn ich bekunde, dass ich „ausgebrannt“ bin, dann sage ich damit, dass ich entsprechend den Normen der Leistungsgesellschaft viel gearbeitet habe. Anscheinend mehr als die meisten anderen, entsprechend einem zentralen Burn-out-Mythos, wonach es primär die besonders engagiert treffe. Ich wurde dann gewissermaßen zum Opfer einer Dynamik, was tragisch ist, aber eben nichts, was man mir als Fehler, Mangel oder „Störung“ anhängen könnte. Burn-out macht letztlich Zustände von Überforderung, Frustration Erschöpfung bis Minderleistungskonsellationen, welcher Natur auch immer sie sein mögen, gesellschaftsfähig kommunizierbar, in Talkshows, in Biografien, aber eben auch in der Arbeitswelt, überall. Insofern sind wird dem Begriff und seinen Protagonisten zu Dank verpflichtet. Zum Problem wird „Burn-out“, wenn bekennende „Betroffene“ den Begriff wörtlich nehmen, etwa: „Dann bekam ich meinen Burn-out. Seitdem bin ich in Rente“. Einerseits stabilisiert ein entsprechendes Burn-out-Bekenntnis das Selbstbild: Man war hochengagiert, ein Leistungsträger und kann mit erhobenem Haupte „Krankheitsgewinn“ entgegennehmen. „Rettung des Individuums in einer an Rettungsmustern armen Epoche“, wie es in der Literatur genannt wurde (z. B. Hillert und Marwitz 2007).

Andererseits wird ein solches Selbsteinschätzungsbekenntnis zur Falle, weil es Prämissen setzt, die aktive Verantwortungsübernahme und positives Entwicklungspotenzial ausschließen. Wer ausgebrannt ist – entsprechend dem betreffenden Bild – was darf man von einem solchen Menschen erwarten? Nichts und eben das ist das Problem. Das betreffende Bild, solange man nicht de facto z. B. unter einer schwergradigen Depression leidet, führt dazu, dass vorhandene Möglichkeiten bzw. Ressourcen übersehen werden. Betroffene definieren sich letztlich in eine Krankenrolle hinein, mehrheitlich ohne krank zu sein (zumindest nicht nach ICD-10-Kriterien) (> Kap. 7.2). Ein deskriptiv gemeinter Begriff wird zur Falle und erschwert die Genesung. Es liegt in der Verantwortung aller therapeutisch bzw. im Coaching Tätigen, diese Aspekte zu differenzieren.

Also: Burn-out ist ein **subjektives Störungsmodell**, **keine psychiatrische Diagnose**. Ob eine solche vorliegt, muss unabhängig davon, ob sich ein Mensch „Burn-out“ fühlt oder nicht, festgestellt oder ausgeschlossen werden.

7.7 Nachtrag: Burn-out aus Sicht unserer Personas

Der Hausarzt



„Viele Ärzte erleben sich als ‚ausgebrannt‘.

Es gibt Studien, denen zufolge der Arztberuf besonders zum Burn-out disponiert (Rotenstein et al. 2018). Ausgebrannte Hausärzte die ausgebrannten Patienten krankschreiben, um selbst 12 Stunden am Tag weiter zu arbeiten: ein skurriles, bedrückende Bild.“

Die Psychotherapeutin



„Niemand, auch nicht Psychotherapeutinnen, sind immun gegen ‚ausbrennen‘. Zumal solche in leitenden Positionen in Kliniken, wo unbegrenzte Überstunden (noch bzw. wieder) normal sind. Oder niedergelassene Kollegen, die aus finanziellen Gründen (Scheidung, Kinder in Ausbildung etc.) zehn und mehr Patienten pro Tag behandeln müssen. Ansonsten: Wer, wenn nicht Psychotherapeuten, weiß um die Gefahren

eines zu sehr von Stress und Druck dominierten, unausgeglichene Lebens? Gerade junge Therapeuten, die finanziell den Rücken frei haben (Erbschaft oder Partner), nutzen die Chance für ein Leben mit und neben der Arbeit. Aber selbst auf Teilstellen arbeitende Therapeuten sind nicht gefeit, sich angesichts gefühlt unendlicher Tätigkeit und Verantwortung vom ‚Ausbrennen‘ bedroht zu erleben.“

Der Business Coach



„Eigentlich dürfte ein Business Coach nicht ausbrennen, aus professionellen Gründen. Ein ausgebrannter Coach“ dürfte schon deshalb keine Klienten annehmen, da dann sein ‚State of Mind‘ (> Kap. 4.4) im negativen Bereich läge und zu unprofessionellem Arbeiten führen

würde. Ein entsprechend beeinträchtigter Business Coach wäre zu sehr mit sich selbst beschäftigt und von seiner Situation eingenommen, um angemessen mit Klienten arbeiten zu können.“

Der Arbeitgeber



„Arbeitgeber, solange die Firma floriert, kommen oft nicht dazu, sich zu fragen, ob sie ausgebrannt sein könnten. Sobald die Konjunktur sich trübt, die Zahlen rot und die der Umsatz rückläufig wird, liegt Burn-out-Erleben nahe. Die Weisheit, wonach die Bäume nicht in den Himmel wachsen, sowie Demut und Verzicht,

fehlen den meisten Zeitgenossen, weshalb es unfair wäre, von Arbeitgeber mehr als die üblichen Dosierungen davon zu erwarten. Zudem: Burn-out scheint nicht in das Vokabular erfolgreicher Unternehmer zu gehören ...“

Der Experte



„Niemand ist kategorisch gegen ‚Ausbrennen‘ immun. Wissen schützt nicht vor den Konsequenzen eines Systems, in dem man unter anderem dieses Wissen generiert, publiziert und zur Existenzgrundlage macht. Wer keinen Einsatz bringt, nicht zu aktuell als relevant erachteten bzw. finanziell geförderten Themen forscht und seine wissenschaftlichen Netzwerke nicht hinreichend pflegt, wird sich im entsprechenden Betrieb längerfristig nicht halten bzw. sich nicht etablieren können. Noch mehr arbeiten, noch mehr Publikationen? Wenn die nicht zitiert werden, nicht zu Vortrageinladungen auf relevante Kongresse und letztlich zu einer gutdotierten Anstellung führen, war (fast) alles

Makulatur. Zigtausende ‚Paper‘ – wissenschaftliche Artikel erscheinen jedes Jahr. In Bibliotheken und im Internet mag man damit unsterblich werden. Dafür zu leben mag bewundernswert sein, alleine **davon** leben kann man nicht. Letztlich sind Wissenschaftler Unternehmer in eigener Sache. Zum damit verbundenen Burn-out-Risiko siehe oben (zum Zusammenhang zwischen den Werten auf Burn-out-Fragebögen mit *self-efficacy* s. Shoji et al. 2016 und mit der Arbeitssituation s. Aronsson et al. 2017). Entsprechend inhaltlich-übergreifenden Formulierungen und Implikationen der Items, mit denen Burn-out erfasst wird, hängt all dies zwangsläufig miteinander zusammen.“

17

Behandlung eines depressiven, beruflich belasteten Patienten

17.1	Der Hausarzt und Bertold B.	125
17.2	Die Psychotherapeutin und Bertold B.	126
17.3	Der Business Coach und Bertold B.	127
17.4	Der Arbeitgeber und Bertold B.	128
17.5	Der Patient Bertold B.	128

17.1 Der Hausarzt und Bertold B.

Der Hausarzt



„Bertold B. erfüllte die Kriterien einer Depression (> Kap. 8). Er war, was er nachvollziehbar als Ursache seiner gedrückten Stimmung und der übrigen Symptome erlebte, im Beruf erheblich belastet und – auch im Sinne einer beruflichen Gratifikationskrise (> Kap. 14) – gekränkt. Er hatte spürbar ‚Wut im Bauch‘, wobei der Konflikt am Arbeitsplatz offenbar eine erhebliche Eigendynamik angenommen hatte. Dass sich das Problem durch eine Krankschreibung alleine nicht lösen lassen würde, war absehbar.

Die Frage für mich war: Sollte ich ihm ein Antidepressivum verschreiben bzw. ihn – mit eben dieser Intension – zum Psychiater überweisen? Laut Therapieleitlinien hätte man ihm die Medikamente in jedem Fall anbieten müssen. Die Reaktion von Bertold B. auf meinen ersten Hinweis in dieser Richtung machte klar, dass er Antidepressiva nicht nehmen würde (‚Ich will nicht abhängig von Medikamenten werden‘). Vorübergehend Medikamente gegen seinen

schlechten Schlaf zu nehmen, war für ihn in Ordnung. Mit dem Hinweis darauf, dass es nur für den Einstieg gedacht und langfristig problematisch werden könnte (worauf Bertold B. nochmals betonte, keinesfalls längerfristig Medikamente einnehmen zu wollen), verordnete ich Zolpidem (> Kap. 12).

Bei Patienten, die fest davon überzeugt sind, dass die Ursache ihres Problems z. B. in der Person des Chefs liegt, macht eine Antidepressiva-Verordnung meiner Erfahrung nach keinen Sinn. Vor Jahrzehnten mag es noch brave Patienten gegeben haben, die ohne viel zu fragen das eingenommen haben, was der Doktor verordnet hat. Heute sieht die Welt anders aus. Patienten haben heute oft recht konkrete Vorstellungen davon, was sie wollen und was nicht. Soll ich, um den Wortlaut der Leitlinien zu erfüllen, halbherzig ein Antidepressivum ‚empfehlen‘, um dann zu dokumentieren, dass der Patient dies abgelehnt hat? Das müsste man wohl tun, wenn man denn die Diagnose Depressi-

on gestellt und dokumentiert hat, um auch juristisch abgesichert zu sein.

Ich habe, weil der Leidensdruck von Bertold B. nachvollziehbar hoch und es angesichts dessen keine Alternative gab, ihn zunächst für eine Woche krankgeschrieben und einen entsprechenden Folgetermin vereinbart. Ich gab ihm mit auf den Weg, dass für ihn eine Psychotherapie (eine Bearbeitung seiner Probleme) sinnvoll wäre. Als Bertold B. dann eine Woche später wieder kam, hatte sich sein Zustand etwas gebessert. Die Schlafmedikation hatte er drei Tage eingenommen, jetzt ging es

auch ohne wieder einigermaßen. Auf die Bemerkung, dann könne er ja wieder arbeiten gehen, begann er fast zu zittern. Ich habe ihn weiter krankgeschrieben und gleichzeitig an eine gut bekannte Psychotherapeutin überwiesen. Antidepressiva lehnte er weiterhin ab. In den folgenden wöchentlichen Terminen zeigte sich Bertold B. jeweils ein Stück weit stabiler. Nach vier Wochen bekundete er selbst, es wieder mit der Arbeit probieren zu wollen. Er habe es auch so mit der Therapeutin besprochen. Als ich ihn einen Monat später wieder sah, war alles, zumindest soweit es mich betraf, in Ordnung.“

17.2 Die Psychotherapeutin und Bertold B.

Die Psychotherapeutin



„Bertold B., der kurzfristig nach seiner ersten Krankschreibung aufgrund einer Depression zu mir kam, war und ist in meiner Klientel ein typischer Fall: Einerseits hatte er deutlichen Leidensdruck und eine klare Vorstellung davon, woher seine Probleme kommen. Darüber hinaus, dass sein Chef ihn ‚mobbe‘, hatte er – zumindest ansatzweise – das Gefühl, dass das Ganze auch etwas mit ihm, seinen eigenen Mustern, Vorstellungen, Werten und Ansprüchen zu tun haben könnte. Dass Bertold B. sich selbst eher nicht als ‚depressiv‘ erlebte, ist bei Menschen, die zu mir in Behandlung kommen, nicht selten. Mit ‚Depression‘ assoziieren sie eine ‚schwere psychische Erkrankung‘. Wer sieht sich selbst schon gerne als ‚psychisch krank‘, zumal seine Befindlichkeit ja – zumindest der eigenen Einschätzung nach – gute, im Beruf liegende Gründe hat. Dass ich gegenüber der Krankenkasse gleichwohl die Diagnose einer Depression gestellt habe bzw. stellen musste, hat Bertold B. akzeptiert.

Eine andere Frage ist, wie Bertold B. seinen Zustand gegenüber den Arbeitskollegen kommuniziert. Nachdem er davon ausging, dass er zumal seinem Chef nicht trauen könne, teilte er den Kollegen nur mit, dass ihm ‚der Stress zu viel

geworden sei‘. Dazu verwendete er auch das Wort ‚Burn-Out‘.

Die Therapie selbst lief gut: Aufhänger war, dass es normal ist, sich angesichts der von Bertold B. erlebten Situation schlecht bzw. depressiv zu fühlen. Hierzu bot sich das Modell der beruflichen Gratifikationskrise an (> Kap. 14). Entsprechend musste es für Bertold B. darum gehen, sich zunächst durch innere Distanzierung und Aktivitätenaufbau zu konsolidieren, um dann nach langfristig tragfähigen Strategien zu suchen, mit den Belastungen angemessen umzugehen. In den Gesprächen fiel auf, dass Bertold B. dazu neigte, sich von anderen notorisch schlecht und ungerecht behandelt zu fühlen. Warum hatte der Hausarzt ihn zunächst nur für eine Woche krankgeschrieben? Hatte der nicht gemerkt, wie schlecht es ihm ging? Zumal andere länger krankgeschrieben werden. Bezogen auf die Person seines Chefs konnte Bertold B. zahlreiche, von diesem ausgehenden Kränkungen berichten. Einerseits konnte ich ihn gut verstehen (der Chef, den ich nicht kenne, scheint tatsächlich eine schwierige Person zu sein). Andererseits wurde deutlich, dass das Muster, sich schnell gekränkt zu fühlen, für Bertold B. charakteristisch ist. Im Leben war er – gefühlt – oftmals zu kurz gekom-

men. Die allermeisten dieser Kränkungsituationen hatte er dann zwar letztlich gut gemeistert, aber irgendwie hatte es nicht gereicht bzw. nicht dazu geführt, dass er hinreichend selbstbewusst wurde, um solche ‚Kränkungen‘ an sich abprallen zu lassen. Die ‚Sensibilität‘ von Bertold B. hatte dabei eine durchaus narzisstische Komponente. Diejenigen, von denen er sich gekränkt fühlte, verurteilte er kategorisch als moralisch und menschlich ‚unter aller Sau‘. Die bei Bertold B. dahinterliegende Dynamik reflektierte ich mit ihm, indem ich ihn sein ‚inneres Team‘ (Kumbier 2016) aufmalen ließ (Situation: Konfliktgespräch mit dem aktuellen Vorgesetzten). ‚Der Selbstbewusste‘ war auf der ‚Inneren Bühne‘ von Bertold B. sehr klein, hingegen war derjenige mit den ‚feinen Antennen‘ sehr groß. Letzterer habe die Aufgabe, ihn gegen Angriffe jeglicher Art zu schützen, wobei es eigentlich keine ‚Figur‘ im Team, gab, die ihn tatsächlich hätte schützen können.

Nachdem Bertold B. dies deutlich geworden war, begannen wir zu experimentieren. Die für

ihn in dem Moment angemessenste Lösung lag dann in der Figur eines ‚Selbstbewussten Rücken-Stützers‘, die im Team ergänzt wurde (an darüber hinausgehend offensiveren ‚Selbstverteidigungskräften‘ arbeiten wir derzeit). Ausgehend davon übte ich mit Bertold B. in diversen Rollenspielvarianten Konfliktgespräche, zumal solche mit dem ‚bösen‘ Chef. Dabei zeigte sich, dass sich Bertold B. zwar hilflos fühlte, es aber inhaltlich wie rhetorisch keineswegs war.

Bereits nach vier Wochen ging Bertold B. wieder zur Arbeit, was okay war, da er sich den Kollegen verpflichtet fühlte. Nachdem ich mich in seiner Branche nicht wirklich auskenne, kam dann im Verlauf der nächsten Wochen die Idee auf, ob er sich nicht an einen Coach wenden sollte: Es ist zwar schön und gut, dass Bertold B. nun mit seinem Chef und der Arbeitssituation soweit zurechtkommt. Nachdem er aber davon ausgeht, in dieser Stelle und mit dem Chef nicht ‚alt werden‘ zu können, warum nicht zeitnah an konkreten, zukunftssträchtigen Perspektiven arbeiten?“

17.3 Der Business Coach und Bertold B.

Der Business Coach



„Ich kenne Bertold B. erst seit wenigen Wochen, als wir im Rahmen des Gesprächs unser erstes persönliches Treffen hatten. Er kam auf Anregung seiner Psychotherapeutin – deren Mann ich wiederum aus einem gemeinsamen Verein kenne. Er ist ein eher zurückhaltender, in seiner aktuellen Arbeitsstelle letztlich unter Wert verkaufter Mann, dem es sehr schwerfällt, sich beruflich zu verändern. Dabei ist er eher unsicher und leicht kränkbar. Berufliche Veränderungen hatte er zuvor nie von sich aus initiiert. Er war gewissermaßen von den äußeren Umständen in seine Karriere gedrängt worden. Seine aktuelle Arbeit unterfordert ihn, unter den Kollegen fühlte er sich jedoch wohl, was er nicht aufgeben wollte. Vom Chef fühlte er sich

‚gemobbt‘, wobei das Verhalten des Chefs, so wie es Bertold B. berichtete, aus meiner Sicht in der Branche weder ungewöhnlich noch wirklich bösartig war. Die Psychotherapie hatte Bertold B. bereits geholfen, etwas besser damit klar zu kommen.

Ich bin derzeit dabei, mit Bertold B. an den Hintergründen seiner Ambivalenz bezüglich einer beruflichen Veränderung zu arbeiten und alternative berufliche Möglichkeiten mit den jeweiligen Vor- und Nachteilen zu konkretisieren. Schon nach unserem ersten Treffen hat er festgestellt, dass er letztlich nicht darum herumkommen wird, sich entweder intern in der Firma oder auch extern um eine andere Stelle zu bemühen, wenn er sich wirklich langfristig besser

fühlen will und erfolgreich sein möchte. Allerdings ist die Umsetzung noch unklar, er traut sich noch nicht ganz, das in allen Konsequenzen zu Ende zu denken. Wir arbeiten daran. Ich bin

recht zuversichtlich, dass er in den nächsten Monaten entsprechende Schritte machen wird, die seine Situation nachhaltig verbessern werden.“

17.4 Der Arbeitgeber und Bertold B.

Der Arbeitgeber



„Sein direkter Vorgesetzter hat Bertold B. als guten, allerdings ‚störrischen‘ Mitarbeiter geschildert. Dass die beiden nicht gut miteinander auskommen, ist spürbar. Der Vorgesetzte hat eine direkte, für sensiblere Menschen mitunter vermutlich provokative Art. Solange die beiden ihre Probleme untereinander lösen, mische ich mich nicht ein. Dass er länger krank war? Na ja, vier Wochen, wenn es sich nicht wiederholt, geht das ja noch. Dass es etwas mit den Konflikten der beiden zu tun hatte, kann sein. Solange die

Abteilungsziele erreicht werden, kann ich damit leben, wenn in der betreffenden Abteilung die Fehlzeiten etwas höher liegen als in anderen Abteilungen. Der Vorgesetzte von Bertold B. ist eine wichtige Figur im Unternehmen, fachlich qualifiziert, belastbar, flexibel und insgesamt schwer zu ersetzen. Ich werde mich hüten, ihm zu sehr auf die Füße zu treten. Einen Kurs ‚Gesundes Führen‘ hat er schon absolviert, wie alle Vorgesetzten in der Firma. Vielleicht sollte Bertold B. einen Stressbewältigungskurs machen?“

17.5 Der Patient Bertold B.

Der Patient / Klient



Berthold B.

„Mein Hausarzt hat mich krankgeschrieben, zunächst nur für eine Woche, was mich in dem Moment sehr verunsichert hat. Wir kennen uns doch seit vielen Jahren. Ich muss da einfach mal raus, hat er dann auch gesagt. Und damit hatte er absolut Recht. Schon am nächsten Tag ging es mir deutlich besser, ich fühlte mich noch erschöpft, aber der Druck war weg. Ich konnte ausschlafen, Zeitung lesen, meiner Frau im Haushalt helfen, den Rasen mähen. Solange ich nicht an die Firma denken musste, war alles gut. Abends rief ein Kollege an und berichtete, was der Chef sich alles wieder rausgenommen hat. Ich war froh, erstmal Ruhe vor dem ganzen Laden zu haben. Gleichzeitig, jeden Tag, den ich krankgeschrieben war, ein wenig mehr, wurde mir klar, dass meine Probleme damit nicht gelöst werden konnten. Als mich ein Kollege abends zuhause besuchte, hatte ich ein schlechtes Gewissen. Die Kollegen machen meine Arbeit,

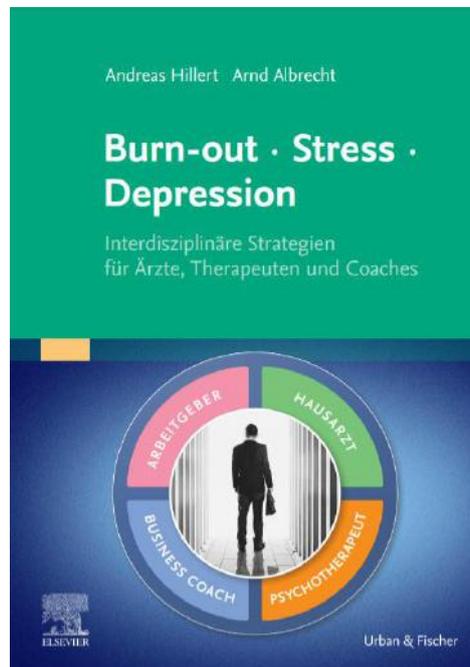
ich habe zuhause einen vergleichsweise entspannten Tag. Als ich in der zweiten Woche der Krankschreibung wieder bei meinem Hausarzt saß, wusste ich so gesehen nicht, was ich sagen sollte. Es ging mir schon besser, auch deshalb hätte ich keine Medikamente gegen Depression, die er erwähnte, eingenommen. Aber wenn ich an die Firma dachte, dann war klar, dass es mir nicht gutgehen konnte. Als der Hausarzt sagte, so wie es mir geht, könne er mich eigentlich nicht weiter krankschreiben, war ich erschrocken und sauer auf ihn. Sieht er nicht, wie schlecht es mir in der Firma geht? Er hat dann einen Kompromiss vorgeschlagen: Er werde mich mich weitere Wochen krankschreiben und an eine Psychotherapeutin überweisen, die er kenne Natürlich bin ich darauf eingegangen.

Dass ich bei der Therapeutin gegen Ende der zweiten Woche einen Termin bekommen habe, war vermutlich ein Wunder. Als ich dann, nach vier Wochen Krankschreibung, in der Firma

wieder angefangen habe, war eigentlich noch nichts passiert. Irgendwie habe ich mich durchgebissen. In den wöchentlichen Sitzungen bei der Therapeutin wurde erst über den Stress in der Firma, meinen schwierigen Chef, über Depressionen und dann über meine Biografie gesprochen. Dass ich schon immer Schwierigkeiten mit Ungerechtigkeiten hatte, wurde mir erst deutlich, als die Therapeutin mich wiederholt darauf hingewiesen hat. Ich habe immer um alles kämpfen müssen, um die Noten in der Schule, um den Übertritt in die Realschule, um einen guten Ausbildungsplatz, um den Aufstieg in der Firma. In solchen Situationen fühlte ich mich zunächst wie paralysiert, innerlich wütend und gleichzeitig hilflos. Eben dies wurde dann in der Therapie immer wieder zum Thema. Ich habe ein Bild dazu gemalt, ein inneres Team, wobei mir klar wurde, dass in meinem Team etwas nicht stimmt bzw. etwas fehlt. Etwas ‚Aggressives‘ meinte meine Therapeutin. Sie machte mit mir dann Rollenspiele, in denen ich meinen Chef spielen sollte bzw. durfte. Was irgendwann fast komisch wurde. Ein paar Worte

und ein Lächeln reichten aus, um die Therapeutin, die meine Rolle übernommen hatte, zu ärgern. Zumindest sagte und spielte sie es. Nach einem halben Jahr und etwa 20 Sitzungen fühlte ich mich deutlich wohler in meiner Haut und in meiner Firma, in der sich aber ansonsten wenig verändert hatte. Auch wenn der Druck insgesamt zunahm. ‚Wollen Sie wirklich immer in dieser Abteilung bleiben?‘, fragte mich irgendwann die Therapeutin. Sie kenne sich in meinem Beruf nicht aus, habe aber das Gefühl, dass ich Potenzial hätte. Ob ich mir nicht einen Coach suchen wolle, der aus meinem Fach komme und mit mir auslote, was es da an Entwicklungsmöglichkeiten gebe? Das koste zwar Geld. Aber wenn ich dadurch langfristig einen weniger steinigen Weg finden würde, wäre es das vermutlich mehr als wert. Natürlich hatten meine Frau und ich uns auch schon überlegt, ob ich nicht wechseln solle, wobei ich mir aber nicht sicher war, ob ich mir das zutrauen kann. Ein Coach ist auf diesem Weg gewissermaßen ein erster Schritt und gleichzeitig ein Stück weit eine Absicherung.“

Erhältlich in Ihrer Buchhandlung oder im Elsevier-Webshop



„Burn-out – Stress – Depression“ – meist sind Hausärzte und Therapeuten/Coaches in die Behandlung des Patienten/Klienten eingebunden. Das Buch zeigt Ihnen, welche spezifischen Sichtweisen und Vorgaben die unterschiedlichen Beteiligten einbringen und welche Konsequenzen sich daraus für die Behandlung ergeben. Nur, wenn alle Beteiligten dieses Wissen haben und entsprechend berücksichtigen, kann eine Therapie erfolgreich sein.

Das Buch informiert Sie über:

- die unterschiedlichen Sichtweisen der beteiligten Handelnden (Patient/Klient, Hausarzt, Psychotherapeut, Coach, Experte)
- den aktuellen Stand der Forschung – in übersichtlichen Expertenblocks
- die Komplexität und Individualität der Patienten/Klienten – in anschaulichen Fallbeispielen
- Wege zu einem guten Ergebnis für den Patienten/Klienten – durch Behandlungsbeispiele aus der Praxis

Burn-out – Stress – Depression

2021. 160 S., 40 farb. Abb., kt.

ISBN: 978-3-437-24035-5 | € [D] 34,- / € [A] 35,-



ELSEVIER

elsevier.de

Empowering Knowledge