

PSYCHOHYGIENE

Zur Psychologie des Alltags

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

Burnout-Syndrom heute

Burnout - eines der am meisten diskutierten Gesundheits-Probleme unserer Zeit. Und zwar nicht nur wegen des vielschichtigen und komplexen Leidensbildes, das immer mehr Betroffene zu belasten droht, auch wegen seiner kontrovers diskutierten Stellung in der Medizin. Und das noch nach 40 Jahren, einer nicht mehr überblickbaren Zahl von wissenschaftlichen Untersuchungen und Publikationen - und vor allem der erwähnten Zunahme der Betroffenen: fast jeder 10. Erwerbstätige, heißt es.

Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht, die nicht nur das verwirrende Beschwerdebild, sondern auch eine Reihe von psychosozialen Ursachen und Hintergründen sowie - nicht zuletzt - administrativen Bedenken zu beleuchten sucht.

Rund vier Jahrzehnte sind es jetzt her, seit *Burnout* erstmals als Begriff und Beschwerde-Spektrum vorgestellt wurde. Zuerst ohne jegliches Echo (im „Heimatland“ USA ohnehin bis heute), dann nach und nach immer häufiger diskutiert und wissenschaftlich untersucht - mit unterschiedlichen Ergebnissen, Schlussfolgerungen und Konsequenzen in Medizin und Alltag.

Dann nahmen sich die Medien dieses Phänomens an, teils aus medien-strategischen Interesses, aber auch weil sich immer mehr Menschen betroffen fühlten, und zwar ernsthaft, mit vielfältigen seelischen, körperlichen, psychosomatisch interpretierbaren, vor allem aber auch psychosozialen und beruflichen Konsequenzen. Zeitweise verging kein Tag, ohne dass die Medien darüber berichteten, Ursachen, Hintergründe und sogar Schuldzuweisungen diskutierten und die Ärzte immer häufiger mit einer Diagnose konfrontiert wurden, die es offiziell nicht gab und immer noch nicht gibt. Das ist eigentlich ein einmaliges Phänomen in der Medizin, jedenfalls was die Zahl der Betroffenen und die Dimension des allgemeinen Interesses anbelangt.

Inzwischen aber ist dieser Hype, wie man derlei heute nennt, am Verblässen. In den Medien findet man es immer seltener, aus mancherlei Gründen, die auch andere Themen teilen. Bei den Ärzten und zunehmend auch Psychologen aber, wo es weniger um öffentliches Interesse, mehr um Alltagsorgen, Berufs-Probleme und folgenreiche Konsequenzen geht, da bleibt Burnout aktuell, aktuell und kontrovers diskutiert, ja sogar diagnostiziert und behandelt wie bisher. Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht in Ergänzung zu den bereits vorliegenden Beiträgen in dieser Serie.

BURNOUT – WAS IST DAS?

Unter *Burnout* (engl.: to burn out = ausbrennen) verstand man ursprünglich die negativen Folgen der beruflichen (Über-)Beanspruchung mit gemütsmäßiger Erschöpfung, innerer Distanzierung und schließlich Leistungsabfall. Oder - wie es früher beschrieben wurde -, ein „Stress-Syndrom der helfenden Berufe“ bzw. auf einen kurzen Nenner gebracht: „Die Folgen von schlechten Bedingungen, unter denen viele gute Leute tätig sind“.

Inzwischen handelt es sich um ein reichlich komplexes Beschwerde- bzw. Leidensbild, das zwar immer mehr Betroffene belastet, aber nur zögerlich Eingang in Wissenschaft und Lehre findet, und damit auch Diagnose, vor allem Differentialdiagnose (siehe unten), Beratung und Therapie.

Das liegt nicht zuletzt daran, dass es mehr als ein Dutzend **Definitionen** und über 160 **Symptome** gibt, die mit Burnout in Verbindung gebracht werden können. Über die wissenschaftlichen Diskussionen zu diesem Thema siehe die entsprechende Fachliteratur.

In der allgemein verbindlichen *Internationalen Klassifikation psychischer Störungen - ICD-10* der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gibt es das Burnout-Syndrom nicht einmal als eigenständige Diagnose. Man kann es lediglich mit dem Code Z73.0 als Zusatz-Information verschlüsseln. Und das heißt: „Problem mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“. Das ist nun - nicht nur wissenschaftlich, sondern auch praktisch ärztlich gesehen - sozusagen gar nichts, denn wer hat nicht Probleme im Alltag. Es stellt also keine Haupt-Diagnose dar und kann auch nicht mit den Krankenkassen abgerechnet werden.

Noch deutlicher wird die „Bibel der Psychiatrie“ im Ursprungsland des Burnout, nämlich das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen - DSM-5[®]. Dort findet sich darüber kein Wort.

Ist nun fast jeder 10. Erwerbstätige ein Hypochonder, denn beinahe 8% dieser Sparte haben das Gefühl, an einem Burnout zu leiden. Handelt es sich hier also um eine medien-lancierte Mode-Diagnose oder eine Geißel unserer Zeit, die bis zum bedrohlichen Zustand einer totalen Erschöpfung reichen kann?

Der meist praktizierte Kompromiss zwischen offizieller Akzeptanz, wissenschaftlicher Diskrepanz und alltags-relevanter Belastung bis hin zu folgen-schweren End-Zuständen lautet:

Nach heutiger Ansicht stellt das Burnout-Syndrom keine Krankheit dar, sondern ein Risiko-Zustand für spätere körperliche und seelische Leiden, die dann auch in der erwähnten ICD ihren administrativen Niederschlag finden. Deshalb die Frage:

WAS KANN ZUM BURNOUT FÜHREN?

Auch zur Frage „was kann zum Burnout führen?“ besteht bisher kein einheitliches Meinungsbild. Manche Wissenschaftler betonen Faktoren wie Mangel an Autonomie, Rollenkonflikte, zu hohe Erwartungen, Unklarheiten in den hierarchischen Strukturen, inadäquate Ziele und Konzepte, unzureichende Unterstützung durch Vorgesetzte usw. Andere weisen vor allem auf Beziehungskonflikte hin, was dann tatsächlich Berufe mit Patienten, Kunden, Schülern usw. besonders anfällig macht. Wieder andere betonen die Diskrepanz zwischen dem anfänglich hohen Engagement („lodern“), verbunden mit ggf. irrationalen persönlichen Erwartungen und der desillusionierenden Realität.

Was heißt das alles konkret? Folgende *Ursachen* werden beim Burnout-Syndrom immer wieder genannt (wobei dauernd neue Belastungs-Konstellationen hinzukommen):

Hohe Arbeitsbelastung; schlechte Arbeitsbedingungen; starker Termin- und damit Leistungsdruck oder zu großes Pensum in einem zu eng gesteckten Zeitrahmen, vor allem stoßweise; ständige Unterbrechungen und damit Störungen bei der Arbeit; Zwang, verschiedenartige Arbeiten gleichzeitig zu betreuen; schlechtes Betriebsklima; wenig tragfähige Beziehungen zu den Mitarbeitern; wachsende Verantwortung; Nacht- und Schichtarbeit, vor allem dort, wo man sich nicht arbeits-physiologischen Erkenntnissen anpassen will oder kann; unzulängliche materielle Ausstattung des Arbeitsplatzes; schlechte Kommunikation unter allen Beteiligten (Arbeitgeber, aber auch Mitarbeiter untereinander); zu geringe Unterstützung durch den Vorgesetzten; wachsende Komplexität und Unüberschaubarkeit der Arbeitsabläufe und -zusammenhänge; unzureichender Einfluss auf die Arbeitsorganisation; Hierarchieprobleme; Verwaltungszwänge; Verordnungsflut (gestern neu, heute zurückgenommen, morgen modifiziert usw.); Termin- und Zeitnot; unpersönliches, bedrückendes oder intrigant-belastetes Arbeitsklima, vom Mobbing ganz zu schweigen; ferner ständige organisatorische Umstellungen, ohne die Betroffenen in Planung und Entscheidung einzubeziehen, bei Misserfolgen aber verantwortlich zu machen; zunehmende, immer neue und vor allem rasch wechselnde Anforderungen; zuletzt die wachsende Angst vor Arbeitsplatzverlust u.a.m.

Einige psychologische Aspekte des Burnout-Syndroms

Diese Liste äußerer Belastungen ließe sich beliebig verlängern. Dabei ist aber folgendes zu beachten: Ihre Bedeutung bemisst sich nicht nach dem, was „man“ für richtig hält, sondern orientiert sich an den Grenzen, die den Betroffenen seitens ihrer seelischen, geistigen und körperlichen sowie psychosozialen Fähigkeiten her gesetzt werden. Und hier wäre man dann bei den psychologischen oder innerseelischen Aspekten eines Burnout-Syndroms.

Das ist nicht sehr populär. Hinsichtlich der äußeren Belastungen sind alle einer Meinung, während man sich innerseelische und psychosoziale Schwachstellen nur bei anderen vorstellen kann. Und doch spielen meist beide Aspekte eine Rolle. Dabei ist es im innerseelischen Bereich zuerst einmal ein Faktor, der im Grund nur Gutes verheißt: Einsatz, Initiative, Engagement, ja Über-Engagement. Das aber schließt auch die Gefahr von Überforderung und Erschöpfung mit ein.

Oft wirkt schon die Diskrepanz zwischen hohem persönlichen Einsatzwillen, großen Erwartungen und dem grauen Arbeitsalltag ernüchternd. Dazu kommt in manchen Fällen die mangelhafte gemütsmäßige Belastbarkeit im Umgang mit Patienten, Kunden, Schülern usw. Natürlich werden diese auch immer anspruchsvoller, fordernder, reizbarer oder aggressiver: Jeder scheint nur noch seine Rechte, kaum einer noch seine Pflichten zu kennen. So ist es sicher nicht falsch, wenn vor allem auf das engere Umfeld für das Entstehen von „Ausbrenn-Syndromen“ hingewiesen wird. Doch sind wir auch gehalten, psychologische Eigen-Anteile zu klären - und in Rechnung zu stellen. Denn die Kombination beider Aspekte ist wahrscheinlich das Naheliegendste.

Häufig sind es auch Menschen mit Leistungswillen und Idealismus, die ihren beruflichen Aufgaben zwar gerecht werden wollen, dann aber bitter feststellen müssen, dass die erwarteten Erfolge und Anerkennungen ausblieben, ganz zu schweigen von einem Minimum an Dank, Anerkennung oder gar Lob (neues wissenschaftliches Schlagwort: „Gratifikations-Krise“), das heute tatsächlich kaum mehr zu erwarten ist.

So werden Misserfolge im Arbeitsfeld dann nicht nur als Kränkungen, sondern sogar als persönliche Niederlagen erlebt. Das führt schließlich im Laufe der Zeit zu Beeinträchtigungen des Selbstwertgefühls, zu Kommunikationsstörungen, schließlich Leistungseinbruch, depressiv und ängstlich gefärbten Erschöpfungszuständen und zuletzt zu vegetativen Funktionsstörungen (Herz-Kreislauf-, Magen-Darm-, Wirbelsäulen-Beschwerden usw.).

Nicht wenigen Burnout-Betroffenen macht im Übrigen auch eine zunehmende Sinnleere zu schaffen. Bei fehlendem Sinnbezug drohen aber noch rascher Erschöpfung, Entfremdung und Erholungsunfähigkeit - und im Gefolge davon „neurotische“ und psychosomatische Störungen (heute somatoform oder funk-

tionell genannt), bei denen sich seelische Probleme in körperlichen Krankheitszeichen niederschlagen.

Manche Menschen unterschätzen auch ihre berufliche Qualifikation und damit Leistungsfähigkeit und sind getrieben von blindem Ehrgeiz mit all seinen Folgen. Kommen noch entgleiste Selbstbehandlungsversuche mit Alkohol, Nikotin, Medikamenten oder gar Rauschdrogen hinzu (Gehirndoping, Neuroenhancement), ist die Situation schließlich völlig verfahren.

Der Wille zum Helfen und zur hervorragenden Leistung ermöglicht im Übrigen auch das Erlebnis, gut und gleichzeitig mächtig zu sein - eine ideale Kombination. Kommt es jedoch - entgegen der unrealistischen Wünsche - nicht zu dieser Selbstbestätigung, droht eine Ernüchterung, im Extremfall das Burnout-Syndrom. Das in Einzelfällen überstarke Streben nach Selbstdarstellung, Belohnung, Erfolg, Ruhm, öffentlicher Aufmerksamkeit und Dankbarkeit, das sich immer mehr auszubreiten scheint, wird inzwischen nicht nur als Sonderform süchtigen Fehlverhaltens bezeichnet, sondern kann der direkte unheilvolle Weg zum Burnout-Syndrom werden. Das hört sich sehr unerfreulich an und wird deshalb oft kontrovers diskutiert, abgewertet oder gar völlig infrage gestellt. Doch es gilt noch viel mehr (Selbst-)Kritisches zu überlegen, nämlich:

Manche Menschen überschätzen auch ihre berufliche Qualifikation und damit Fähigkeiten und sind getrieben von einem bisweilen blinden Ehrgeiz, dessen Keim nicht selten schon in jungen Jahren von selber ehrgeizigen und falsch beratenden Eltern gelegt wurde, die ihre eigenen Grenzen durch den Erfolg ihres Kindes zu sprengen versuchen. So hat für manche „Ausgebrannte“ ihr Beruf, ihre Position, das Projekt an dem sie arbeiten usw. eine besondere, ja - uneingestanden - einzigartige Bedeutung: Selbstverwirklichung, Selbstbestätigung, vielleicht sogar Selbsterhöhung als Selbstbehandlungsmaßnahme gegen miserable sonstige Bedingungen, als Selbst-Therapie gegen Entmutigung, Nichtbeachtung, Überforderung, Kränkungen, Demütigungen usw. Oder auch das Gefühl, eigentlich nur durch Leistung und Anpassung geliebt, geschätzt oder zumindest akzeptiert zu werden.

Natürlich treffen die hier genannten Punkte auf viele Menschen in irgendeiner, wenngleich abgewandelten und vor allem verdünnten Form zu. Eine Direktverbindung zum Burnout-Syndrom lässt sich daraus noch nicht konstruieren. Ein wenig Burnout ist wohl in uns allen. Vermutlich hat es seinen Sinn. Doch der wird ins Gegenteil verkehrt, wenn sich die Mühsal des Alltags in ein Leidenbild verwandelt, das den Betroffenen lautlos, aber unerbittlich hinabzieht in eine selbst-zerstörerische Krankheit, deren Gefährlichkeit lange Zeit nicht erkannt und vor allem akzeptiert wird.

Auf was muss man also achten, um ein Burnout-Syndrom zu verhindern, zumindest aber rechtzeitig zu erkennen und dann gezielt zu behandeln?

DAS BESCHWERDEBILD DES BURNOUT-SYNDROMS

Wie so oft im seelischen Bereich sind auch diese Symptome vielsagend und im Einzelnen wenig aussagekräftig. Sie passen zu manchen seelischen Störungen. Und wenn es sich um so genannte Vorposten-Symptome im Vorfeld eines beginnenden Leidens handelt, sogar zur überwiegenden Mehrzahl psychischer Erkrankungen. Trotzdem muss man sie rechtzeitig erkennen lernen.

Inzwischen glaubt man sogar, das Burnout-Syndrom in verschiedene Phasen einteilen zu können: Warnsymptome der Anfangsphase → reduziertes Engagement → depressive und aggressive Reaktionen → Abbau von Leistungsfähigkeit, Motivation und Kreativität → Verflachung im geistigen und Gemütsbereich sowie im sozialen Leben → psychosomatische Reaktionen (Herz-Kreislauf, Magen-Darm, Muskulatur, Immunsystem usw.) → Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit und Suizidneigung. Auch wenn sich dies nicht schematisch nutzen lässt, vermittelt es doch einige praktische Hinweise.

Nachfolgend eine Kurzfassung der wichtigsten Krankheitszeichen, die auf ein Burnout-Syndrom hinweisen können, aber nicht zwangsläufig müssen. Die Entscheidung obliegt hierbei natürlich dem Arzt, der allerdings nur selten aufgesucht wird - und wenn, dann häufig spät (und unter anderen, meist vorge-schobenen Gründen). Oder - das Gegenteil - mit einer schon festen Selbst-Diagnose, die alles andere ablehnt und eine konkrete Diagnose-Findung erschwert, von den meist ungeliebten Vorbeugungs- und Behandlungs-Empfehlungen ganz zu schweigen.

Warn- und Alarmsignale

Der *Beginn* einer Burnout-Krise erscheint also erst einmal positiv. Viele Burnout-Betroffene gelten in der Tat als aktiv, dynamisch, zupackend, ideenreich, engagiert bzw. überengagiert: vermehrter Einsatz, freiwillige Mehrarbeit, (subjektiver) Eindruck der eigenen Unentbehrlichkeit, das Gefühl, eigentlich nie mehr richtig Zeit zu haben, damit wachsende Verleugnung eigener Bedürfnisse. Und vielleicht sogar eine heimlich zunehmende Beschränkung zwischenmenschlicher Kontakte, und zwar meist von außen nach innen: Arbeitskollegen, Nachbarn, Bekannte, Freunde, Verwandte, enge Angehörige, Partner. In einigen Untersuchungen wird auch eine umgekehrte Reihenfolge angenommen. In der Realität sind es wahrscheinlich individuelle Mischbilder, die auch situations-bedingt wechseln können.

Oft findet sich aber die zwiespältige Fähigkeit, zumindest jedoch der Versuch, Misserfolge und Enttäuschungen lange einfach nicht wahrnehmen zu wollen und daraus Konsequenzen zu ziehen. Mit anderen Worten: Viele jener an sich guten Eigenschaften stellen sich bei näherer Betrachtung als Fußangeln, wenn nicht gar als Fallgruben heraus.

Nach und nach wird das (Über-)Engagement auch durch eine sich langsam, aber unerbittlich ausbreitende Erschöpfungsphase gleichsam ausgebremst: Jetzt drohen verminderte Belastbarkeit, wachsende Stimmungsinstabilität und vor allem eine bisher nicht gekannte Erholungsunfähigkeit („komme nicht mehr auf die Füße“). Auch eine sonderbare und vor allem zunehmende Infektanfälligkeit gehört dazu, meist ständige banale Erkältungen und Grippeinfekte. Die Betroffenen werden müde, z. B. im Sinne einer eigenartigen, alles durchdringenden Mattigkeit (wie sie nebenbei das höhere Lebensalter generell kennzeichnet), in Fachkreisen auch als Tagesmüdigkeit oder chronische Müdigkeit bezeichnet. Am Ende drohen sogar rasche Erschöpfbarkeit und schließlich regelrechte Kraftlosigkeit.

Dazu kommt ein sonderbares Phänomen, nämlich „müde, matt und abgeschlagen“ nach außen, innerlich aber unruhig, nervös und gespannt, mitunter sogar reizbar und gelegentlich aggressiv. Manche Betroffene reagieren mit Ein- und Durchschlafstörungen, andere mit einem ungewöhnlichen, fast bleiernen Schlafbedürfnis zur Nacht, was zwar sonderbarerweise keine wirkliche Erholung bringt, dafür aber wenigstens die ansonsten häufigen Schlafstörungen erst einmal überspringt. Solch einen Gesamt-Zustand hat man früher sehr treffend als „reizbare Schwäche“ bezeichnet.

Das Ganze mündet schließlich in einen Endzustand, der durch Resignation, Entmutigung, verringerte Frustrationstoleranz, leichte Kränkbarkeit, Niedergeschlagenheit, schließlich sogar durch Minderwertigkeits- und Versagensgefühle gekennzeichnet ist. Die Sichtweise der Betroffenen wird schwernehmend, pessimistisch, ja von Negativismus oder Fatalismus geprägt. Man erkennt diese Menschen angesichts ihres früheren Auftretens kaum wieder.

Psychosoziale Konsequenzen

Das hat *Folgen*: Langsam, aber stetig wird das gesamte Leistungsvermögen regelrecht abgebaut: die Motivation, die Kreativität, die Gedächtnisleistung, d. h. es behindern immer häufiger Merk- und Konzentrationsstörungen, ja regelrechte Vergesslichkeit. In diese Zeit fallen auch die ersten ernsteren körperlichen Beschwerden ohne nachweisbaren Grund. Interessant auch eine Beobachtung, die immer wieder gemacht wird: wachsende Humorlosigkeit mit deutlich zunehmendem „Lach-Defizit“, selbst wenn man in gesunden Tagen zu den Heiteren gehörte.

So kann es nicht ausbleiben, dass sich schließlich auch Partner- oder Eheprobleme, zuletzt auch allgemeine familiäre Schwierigkeiten dazu gesellen. Jetzt beginnt der Betroffene wie eine Kerze an beiden Seiten abzubrennen. Auch zu Hause gibt es nämlich keine Rückzugs- und Erholungsmöglichkeiten mehr.

In diese Zeit fällt deshalb nicht selten ein wachsender Alkohol-, Nikotin- und Kaffee-Konsum, möglicherweise sogar ungesteuerte, weil verzweifelte und vor allem nicht ärztlich kontrollierte Selbstbehandlungsversuche mit Beruhigungs-, Schmerz- und Schlafmitteln aus fremden und früheren Beständen. Denn der Arzt wird selbst in diesem Stadium nur selten hinzugezogen, und wenn, dann - wie erwähnt - unter vorgeschobenen, d. h. im Grunde irrelevanten und damit irreführenden Voraussetzungen bzw. Klagen.

Dies betrifft nicht zuletzt „starke Persönlichkeiten“, die es als Schwäche empfinden, letztlich „ohne Grund“ um Hilfe nachzusuchen bzw. die die möglichen, nur dunkel erahnten Hintergründe von vornherein ablehnen („Burnout oder ähnliches haben nur Schwächlinge oder Erfolglose ...“).

Berufliche Einbußen

Einige der schwerwiegendsten Konsequenzen aber konzentrieren sich auf den *Arbeitsplatz*. Natürlich reagiert jeder anders, aber immer wieder zu hören sind folgende Charakteristika:

Desillusionierung, Gefühl von Widerwillen, Ärger, Versagen, ggf. Entmutigung; Gleichgültigkeit; Schuldgefühle; negative Einstellung mit wachsendem Widerstand, täglich zur Arbeit zu gehen; ständiges Auf-die-Uhr-Sehen im Dienst; Fluchtphantasien und Tagträume; Überziehen von Arbeitspausen, verspäteter Arbeitsbeginn, vorverlegter Arbeitsschluss und wachsende Fehlzeiten; Verlust von positiven Gefühlen gegenüber Patienten, Klienten, Schülern, Kunden usw.; deshalb vermehrte Verschiebung von entsprechenden Kontakten; innerer Widerstand gegen Anrufe und Besuchstermine; heimlich einschleichender Dienst nach Vorschrift; Stereotypisierung von Klienten, Patienten u. a. („ist doch immer das gleiche ...“); Unfähigkeit, sich auf die anderen zu konzentrieren, ihnen geduldig zuzuhören; dafür vermehrt tadelnde, negative, reizbare oder gar aggressive Einstellung den anderen gegenüber; Vermeidung von Diskussionen mit Mitarbeitern und Vorgesetzten; immer öfter mit sich selber beschäftigt; zunehmend unbewegliche, ja starre Denkkategorien; misstrauischer Widerstand gegen jegliche Veränderungen im Betrieb, manchmal fast wahnhaft anmutende Reaktionen; damit wachsende Rückzugsneigung und Isolationsgefahr u. a.

Nach außen äußert sich diese verhängnisvolle „Abwehrstrategie“ gegenüber der inzwischen ungeliebten Berufsaufgabe oft darin, dass der Kontakt zu Patienten, Kunden, Klienten, Schülern usw. immer mehr vom menschlichen Aspekt weggerückt und zum „Fall“ degradiert wird, zum „Vorgang“, zur „Bearbeitungs-Nummer“ usw. Das Subjekt sinkt zum Objekt herab. Damit erlischt die innere Beziehung. Die ursprünglich positiven Gefühle werden ins Negative verkehrt. Es kommt zu einer ungewohnten seelischen Verhärtung und schließlich sogar Verflachung des Gemütslebens (bei aber unveränderter oder wachsender Kränkbarkeit für eigene Belange).

Und schließlich der für jeden erkennbare Endzustand: Ironie, Sarkasmus und Zynismus.

Das Ende

Das ist natürlich keine gute Strategie. Vor allem fällt sie auf den Betroffenen zurück. Jetzt schwindet nämlich auch das Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit, die erworbenen Kenntnisse, die langjährigen Erfahrungen. Minderwertigkeitsgefühle, Unsicherheit, Gleichgültigkeit und depressive Verstimmungen greifen um sich. Die Arbeit liefert ohnehin kein Erfolgsgefühl mehr. Die Verlagerung des Interesses auf die Freizeit („Aufblühen am Wochenende“) ist zweischneidig. Das Wochenende dient eigentlich der Erholung und Bereicherung, nicht der Kompensation von „5 Werktagen Frust“.

Was übrig bleibt, ist eine sonderbare Mischung aus Widerwillen, Resignation, Selbstmitleid, Bitterkeit, Reizbarkeit, Aggressivität, Negativismus, Ressentiments, Misstrauen, Deprimiertheit, Angst, bisweilen sogar Panikbereitschaft. Die Entwertung der anderen schlägt um in die Entwertung der eigenen Person.

Spätestens jetzt erdrücken die schon lange belastenden körperlichen Beschwerden, die nach wie vor durch keinen organischen Befund gestützt werden können (obgleich man vielleicht von einem Facharzt zum anderen gewandert ist, ausgedrückt in dem modernen Begriff „doctor shopping“). Am häufigsten sind es Schlaf-, Appetit- und sexuelle Störungen, Kopfschmerzen (vor allem ein dumpf-diffuser, manchmal helm-, manchmal reifenartiger Kopfdruck, beim einen mehr im Bereich der Stirn, beim anderen im Hinterhauptsbereich lokalisiert), ferner Schulter-Nacken-Verspannungen, Beschwerden von Wirbelsäule und Gelenken, Magen-Darm-Leiden, Appetitlosigkeit, Herz- und Kreislaufbeschwerden sowie die bereits erwähnte erhöhte Anfälligkeit für Infektions- (vor allem Erkältungs-) Krankheiten.

Der Betroffene fehlt immer häufiger am Arbeitsplatz. Aber jetzt nicht mehr aus rein seelischen oder psychosozialen, sondern auch aus organischen oder treffender: psychosomatischen Ursachen.

Das läutet die letzte Runde dieses Teufelskreises ein, der dann lautet: abnehmende Arbeitsmoral und damit Qualitätsverlust der eigenen Leistung → innere Kündigung (siehe unten) → seelischer Einbruch mit zahlreichen körperlichen Symptomen ohne nachweisbare Ursache → entgleiste Selbstbehandlungsversuche mit Genussmitteln und Medikamenten → zusätzliche Partner- und Familienprobleme → längerfristige Krankschreibungen wegen unklarem Krankheitsbild → Gefahr der Kündigung → Verzweiflung mit gesamthaft negativer Einstellung, zumindest aber Unerfülltheit, Hoffnungslosigkeit, Gefühl der Sinnlosigkeit, ggf. sogar Selbsttötungsgedanken → existentielle Gefährdung.

ANHANG: WIE DER ARZT VERSUCHT, ZU EINER FUNDIERTEN DIAGNOSE ZU KOMMEN

Burnout ist also keine medizinisch anerkannte Krankheit bzw. eigenständige Diagnose (siehe oben), dafür aber ein nicht seltenes Beschwerdebild, ja ernsthaftes Leiden, das nicht nur seelisch beeinträchtigt und körperlich belastet, sondern auch folgenreiche berufliche und damit wirtschaftliche Konsequenzen nach sich ziehen kann.

Für den Arzt spielt aber noch etwas anderes eine Rolle, nämlich die so genannte Differential-Diagnose, oder auf Deutsch: Was könnte es sonst noch sein? Das mag auf den ersten Blick verwundern, wird aber gleich deutlich, wenn man nachfolgende (medizinisch akzeptierte) Krankheiten überfliegt, die alle mit etwas zu tun haben, dass auch im Beschwerde-Zentrum des Burnout belastet, nämlich Erschöpfungs-Symptome, und zwar unspezifische. Die sind nämlich auch möglich bei folgenden Krankheiten (in Fachausdrücken, Einzelheiten siehe entsprechende Fachliteratur):

Anämie, Hypothyreose, Diabetes, Nebennieren-Insuffizienz, COPD, Herz- und Nieren-Insuffizienz, TBC, HIV, Borreliose, Malignome, entzündliche System-Erkrankungen, Schlaf-Apnoe, Medikamenten-Nebenwirkungen u. a. Und in psychiatrischer Hinsicht: Depressionen, Generalisierte Angsterkrankung, Somatisierungsstörungen, Alkoholismus, Rauschdrogen-Konsum, Medikamenten-Missbrauch, kognitive Störungen im Rückbildungs- oder höheren Lebensalter usf.

Das soll jetzt nicht erschrecken, dafür aber deutlich machen, dass sich ein Arzt bei Erschöpfungs-Klagen nicht einfach auf Burnout zurückziehen kann. Natürlich steht bei diesem Leiden am Anfang eine (subjektive) Überforderung, aber diesen Eindruck kann man auch bei manchen körperlichen Leiden haben, deren heimlich-schleichender Beginn lange Zeit gar nicht diagnostisch zugeordnet werden konnte. Kurz: Gerade beim Burnout-Syndrom ist eine gezielte und sorgfältig durchgeprüfte Differentialdiagnose unersetzlich.

Welche Diagnose-Charakteristika sind Burnout-verdächtig?

Schließlich geht es um die Frage: Welche diagnostischen Merkmale können den Verdacht auf ein Burnout-Syndrom lenken bzw. hinreichend fundiert begründen? Dafür gibt es inzwischen Erfahrungswerte, die auch bei Kritikern eine gewisse Anerkennung gefunden haben. Dazu gehören folgende Kriterien:

- Müdigkeit, gestörter oder unruhiger Schlaf, Reizbarkeit, emotionale (Gemüts-) Labilität, Konzentrationsprobleme oder Vergesslichkeit, Druck und Unsicherheit seinen (früher vielleicht problemlos gemeisterten) Aufgaben nicht gewachsen zu sein, Problem-Grübeln, Gefühl von Gehetztheit, unzureichende Stress-Regulation (d. h. der Eindruck, die Dinge nicht mehr im Griff zu haben) usw.

- Gefühl von Kontrollverlust und/oder Hilflosigkeit
- Deutliche Einschränkungen des beruflichen bzw. sozialen Funktionierens
- Schließlich zunehmende Funktionsstörungen im körperlichen Bereich, die weder organisch noch konkret psychiatrisch erklärt werden können (zu Letzterem siehe Depressionen, Angststörungen u. a.).

Wenn diese so genannten Überlastungs-Symptome als solche bewiesen sind (und eben nicht rein organischer oder psychiatrischer Natur) und mehr als 6 Monate belasten, vor allem Müdigkeit und Erschöpfung, muss ein Burnout-Syndrom zumindest ernsthaft in Erwägung gezogen werden. Soweit der derzeitige Kompromiss.

Vorbeugung – Therapie – Nachsorge

Vorbeugung, vor allem erfolgreiche ist die beste Therapie. Die Behandlung selber hängt weitgehend vom Schwerpunkt des Leidens-Spektrums und insbesondere seinen Ursachen (bekannt, unbekannt, akzeptiert oder nicht) ab. Das Therapie-Spektrum reicht von einfachen, nachvollziehbaren (und dann doch selten realisierten) Erholungs-Empfehlungen bis zur spezifischen Psychotherapie oder gar medikamentöser Unterstützung (z. B. Schlaf, seltener auch Stimmungseinbruch).

Darüber hinaus ist es nicht verwunderlich, dass der Markt mit vielfältigen Erholungs- und Entspannungsangeboten nur so boomt. Deren wissenschaftliche Evidenz (Erfolgs-Nachweis) hat aber oft ihre Grenzen. Meist reicht im Übrigen auch das, was man schlicht eine „Beseitigung der Ursachen“ (beruflich, persönlich, privates Umfeld) nennt. Das allerdings ist leichter gesagt als getan. Einzelheiten deshalb siehe die entsprechende Fachliteratur und der jeweilige ärztliche und psychologische Rat, der sich stets individuell formieren muss.

ANHANG: INNERE KÜNDIGUNG

Nicht zuletzt im Zusammenhang mit Burnout fällt seit geraumer Zeit immer öfter ein Begriff, der ebenfalls viel diskutiert wird, wissenschaftlich aber überhaupt keine Akzeptanz erwarten kann. Gemeint ist die *innere Kündigung*. Dabei finden sich vor allem Verwechslungsmöglichkeiten mit den Depressionen. Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht im Anschluss an das Burnout-Kapitel. Einzelheiten dazu siehe die entsprechenden Hinweise, auch in dieser Serie.

Betroffen sind Mitarbeiter beiderlei Geschlechts, jeglicher Schicht- und Kompetenzstufe. Die innere Kündigung ist wohl ebenfalls oft an eine entsprechende Persönlichkeitsstruktur geknüpft.

Der Verlauf ist relativ typisch: Demotivation, gefolgt von Frustration, dann Resignation, schließlich deprimierte Reaktion (was noch keine krankhafte Depression ist). Zuletzt die innere Abkehr von Aufgabe, Betrieb und Arbeitgeber. Der Mitarbeiter scheut zwar die offizielle Kündigung, kann sich das zumeist auch nicht leisten, geht aber in die „innere Emigration“.

Die Ursachen sind von individueller Wertigkeit; es trifft schließlich nicht jedem. Die Konsequenzen sind erst einmal nicht auffällig, im Laufe der Zeit aber folgenswer, zuletzt auch für die Betroffenen selber. Das betrifft vor allem das schleichend zermürbende *Beschwerdebild*, das es auch hier zu ertragen gilt:

Am häufigsten sind auch hier Merk- und Konzentrationsstörungen, ja Vergesslichkeit, dazu Abgespanntheit, Müdigkeit, rasche Erschöpfbarkeit, ferner Magen- und hier insbesondere Verdauungsprobleme, dazu Schlafstörungen und die Folgen eines verhängnisvollen Frust-Essens mit Gewichtszunahme.

Auf emotionaler Ebene sind es vor allem eine dauerhafte Niedergeschlagenheit, Miss-Stimmung, Reizbarkeit, ggf. Neigung zur Aggressivität sowie eine nachlassende Kommunikations-Fähigkeit mit Rückzugsgefahr. Auch hier kann der Missbrauch von Nikotin, Alkohol und Medikamenten drohen - und damit ein Teufelskreis.

Im Allgemeinen aber scheint man aus einer „Inneren Kündigung“ durch eigene Initiative leichter herauszukommen als beim Burnout. Dies vor allem dann, wenn sich

- die ursächlichen Belastungen schließlich als erträglicher gestalten
- oder sich die persönliche Einstellung den als misslich empfundenen Bedingungen anzupassen beginnt
- oder wenn der Betreffende zwar am Arbeitsplatz mit „Dienst nach Vorschrift“ bleibt, seine Interessen und Energien aber einem anderen Ziel oder Umfeld widmet, das ihn dann auch ersatzweise ausfüllt (z. B. ein Ehrenamt, was nicht nur Pflege und Betreuung, sondern auch Sport, Kultur, Politik usw. bedeuten kann).

Deshalb auch die Unterscheidung zwischen den häufig vermischten Leidensbildern Burnout und innere Kündigung:

Der Burnout-Betroffene würde noch gerne, aber er kann nicht mehr. Der innerlich Kündigende könnte noch, aber er will nicht mehr.

Weitere Beiträge zu den Themen Burnout, Erschöpfungs-Depression, Überforderungs- und Belastungs-Reaktionen sowie Innere Kündigung siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Internet-Serie mit jeweiligen Literatur-Hinweisen.