

Burnout – eine Standortbestimmung

Rico Nil^a, Nicola Jacobshagen^b, Hartmut Schächinger^c, Pierre Baumann^d, Paul Höck^e, Josef Hättenschwiler^f, Fritz Ramseier^g, Erich Seifritz^h und Edith Holsboer-Trachslerⁱ

^a Lundbeck (Schweiz) AG, ETH Zürich, Schweiz

^b Institut für Psychologie, Universität Bern, Schweiz

^c Institut für Psychobiologie, Universität Trier, Deutschland

^d Département de psychiatrie CHUV, Prilly, Schweiz

^e Privatpraxis, Zug, Schweiz

^f Zentrum für Angst- und Depressionsbehandlung, Zürich, Schweiz

^g Psychiatrische Dienste des Kantons Aargau, Klinik Königsfelden Brugg, Schweiz

^h Klinik für Affektive Erkrankungen und Allgemeinpsychiatrie ZH Ost, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Schweiz

ⁱ Universitäre Psychiatrische Kliniken, Basel, Schweiz

Interessenskonflikte: RN ist Vollzeitmitarbeiter der Lundbeck (Schweiz) AG; PH, PB, JH, FR, ES und EH-T sind Mitglieder des Advisory Board Cipralext der Firma Lundbeck (Schweiz) AG.

Summary

Nil R, Jacobshagen N, Schächinger H, Baumann P, Höck P, Hättenschwiler J, Ramseier F, Seifritz E, Holsboer-Trachsler E. Burnout – an analysis of the status quo. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr.* 2010;161(2):72–7.

The concept of burnout was first introduced in the mid-seventies as a negative affective state in response to a prolonged exposure to interpersonal work-related stress. The phenomenon has become highly debated in various research areas and in the public. The present review attempts to bring clarity by discussing burnout from various perspectives including (biological) psychiatry, psychosomatics and occupational health psychology.

Burnout has been described as both a multidimensional syndrome and as a stress-related adaptive process. The syndrome encompasses the three main dimensions *emotional exhaustion*, *depersonalization* (exhibiting features of cynicism and detachment), and *reduced personal accomplishment with a sense of a diminished performance level*. The process was described as going through several phases, from increased working efforts to cope with external demands, which can lead to mental and physical exhaustion and demotivational affective states, and on to psychosomatic complaints and finally depressive states. Although burnout may lead to full-blown depression in its late and most severe stages, it is not regarded as a medical/psychiatric diagnosis as defined by the DSM-IV or ICD-10 manuals and has, therefore, not been the subject of psychiatric epidemiological studies. The *Maslach Burnout Inventory* has established itself as the main assessment tool of burnout in a rapidly growing research field, mainly in occupational and health psychology.

Most investigations on the prevalence rates of burnout have been performed in service-related professionals such as medical doctors, nurses or teachers. The prevalence levels of severe burnout differ substantially between researched groups, ranging from 3.5%–12% among primary care doctors up to levels as high as 50% in emergency care unit professionals. Although the rates of clinical depression clearly increase with the severity of burnout, the common variance remains relatively low and has led many authors to conclude that burnout and depression represent different concepts. It is agreed that sleep problems are a common feature of depression and burnout as established by subjective and objective assessments. This leads to impaired recovery during sleep with manifestations of mental impairment and daytime sleepiness. Moreover, sleep problems were shown to have predictive value for the later development of burnout. Although burnout is regarded as a stress-related state, the biological markers relating to functional and pathophysiological changes of the HPA axis remain inconsistent. Both increased and decreased cortisol levels and reactivity have been described in burnout individuals. This was recently confirmed in a study

which also included BDNF (brain-derived neurotrophic factor) analyses and presented preliminary evidence of altered BDNF levels in severe burnout patients.

There is increasing evidence that burnout as a stress response represents a risk factor not only for depression, but also for cardiovascular and other somatic diseases. Mediators of such developments are being discussed and include increased vegetative arousal, immunological and inflammatory processes and maladaptive behaviours such as alcohol and nicotine use.

A series of occupational and health psychology stress models focusing on controllability of the working environment and relation between resources, demands and reward may serve both as an explanation of burnout development as well as an approach to preventive and behavioural treatment.

From a medical/psychiatric perspective, the treatment of severe burnout should follow common psychiatric rules and guidelines, namely careful diagnostics and pharmacological and psychological treatments including coaching and stress-coping training.

From the present review it can be concluded that burnout is a multidimensional occupational health concept and not a medical diagnosis. Individuals with severe burnout are at substantial risk of developing depressive episodes and it is assumed that only these burnout patients are seen in psychiatric practises. The overlap between severe burnout and depression may give rise to confusion between the concept of burnout and clinical depression.

Key words: burnout; depression; stress concepts; psychosomatics

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Erich Seifritz
Klinik für Affektive Erkrankungen
und Allgemeinpsychiatrie ZH Ost
Psychiatrische Universitätsklinik
Lenggstrasse 31
8008 Zürich

Einleitung

Mitte der 70er Jahre erschienen die ersten wissenschaftlichen Veröffentlichungen zum Thema «Burnout». Es wurde als Resultat einer chronischen Arbeits- oder interpersonellen Stressbelastung beschrieben, die sich in den drei Dimensionen *emotionale Erschöpfung*, *Depersonalisierung/Zynismus* und *subjektiv empfundene reduzierte Leistungsfähigkeit* äussert. Der amerikanische Psychoanalytiker Freudenberg [1] beschrieb erstmals mit dem Begriff «burn-out» einen Prozess, den er bei sich selber und bei ehrenamtlichen Mitarbeitern von Kriseninterventionsorganisationen beobachtet hatte. Nach Phasen von Überlastung konnten bei ihnen häufig psychische und physische Erschöpfungszustände festgestellt werden, begleitet von Reizbarkeit und zynischem Verhalten gegenüber ihrer Klientel: Sie fühlten sich «ausgebrannt».

Burnout ist heute populär und in der Wissenschaft vermehrt präsent. Ist Burnout eine Diagnose, ein arbeitspsychologisches Stresskonzept oder einfach eine populäre, pseudo-wissenschaftliche Modeerscheinung?

Das Konzept Burnout

Die am häufigsten zitierte Beschreibung von Burnout geht auf Maslach und Mitarbeiter zurück [2]. Sie umfasst im Sinne eines syndromalen Ansatzes folgende drei Dimensionen:

1. *Emotionale Erschöpfung* wird als der zentrale Aspekt gesehen und geht einher mit dem Erleben von emotionaler und körperlicher Kraftlosigkeit. Hierin widerspiegelt sich vor allem der chronische Stressaspekt.

2. *Depersonalisation/Zynismus* beschreibt eine gefühllose, abgestumpfte Reaktion auf Klienten wie z.B. Schüler oder Patienten. Dieses Verhalten wird als Versuch interpretiert, Distanz zu schaffen.

3. *Verminderte subjektive Leistungsbewertung* beschreibt das Gefühl von Versagen und Verlust des Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten.

Die gleiche Arbeitsgruppe entwickelte in der Folge den «Maslach Burnout Inventory» (MBI) [3], ein inzwischen weit verwendetes Instrument zur Einschätzung von Burnout.

Burnout wurde als Resultat eines Prozesses beschrieben [4, 5], der durch chronischen Arbeitsstress ausgelöst und über verschiedene Phasen unterhalten wird: Erste Warnzeichen charakterisieren sich durch einen gesteigerten Einsatz für Zielerreichung (z. B. Überstunden). Während der folgenden Phase ändert sich die Leistungsbereitschaft grundlegend und «kippt» in reduziertes Engagement, negative Einstellung zur Arbeit, reduzierte soziale Interaktionen und Konzentration auf den eigenen Nutzen. Darauf folgen zunehmend emotionale Reaktionen wie Insuffizienzgefühle, Pessimismus, Hoffnungslosigkeit, Energiemangel und Gefühle von Hilflosigkeit. Die anschliessende Phase betrifft kognitive Funktionen, Motivation und Differenzierungsfähigkeit sowie eine Abflachung des emotionalen und sozialen Lebens und der Interessen. Häufig folgen psychosomatische Reaktionen wie körperliche und psychische Anspannung, Schmerzen und Schlafstörungen. Die Erholungsfähigkeit

in der Freizeit ist eingeschränkt. Die letzte Phase ist gekennzeichnet durch Depression, Verzweiflung, existentielle Ängste und nicht selten Suizidgedanken und -absichten. Dennoch gilt Burnout nicht als medizinische Diagnose und hat demzufolge auch keinen Einzug in die nosologischen Systeme ICD-10 oder DSM-IV gefunden und wird voraussichtlich auch in ICD-11 und DSM-V nicht berücksichtigt werden.

Epidemiologie von Burnout

Burnout wurde anfänglich fast ausschliesslich bei Berufen mit hohem sozialem Engagement beschrieben, also bei Ärzten, medizinisch-pflegerischen oder sozialen Berufen und bei Lehrern, später dann auch in weiteren Berufsgattungen [6, 7]. Die Prävalenzraten unterscheiden sich je nach untersuchter Berufsgruppe oder Spezialisierung erheblich, zeigen aber eine erstaunlich weite Verbreitung von Burnout. Studien über Notfallstationen ergaben, dass von den Ärzten und Pflegenden 30–50% hohe Burnoutwerte und 12–25% hohe Depressionswerte aufwiesen [8, 9]. Bei niedergelassenen Schweizer Ärzten [10] fanden sich bei 16–22% hohe Werte in einzelnen Burnoutdimensionen und bei 3,5% der Ärzte hohe Werte in allen drei Dimensionen. Während eine finnische Studie an Zahnärzten [11] über ähnliche Werte berichtete, fand eine kürzlich veröffentlichte europäische Querschnittstudie an Grundversorgern [12] bei zwölf Prozent hohe Werte in allen drei Burnoutdimensionen. Eine Studie aus Schweden [13] untersuchte ein randomisiert ausgewähltes Bevölkerungskollektiv von 3591 Frauen und fand bei 21% einen hohen Burnoutgesamtwert.

Es stellt sich die Frage, inwieweit Burnout mit depressiven – und damit behandlungsbedürftigen – Zuständen einhergeht. Eine Schlussfolgerung von Ahola und Hakkanen war, dass Burnout und Depressionen nicht gleich zu setzen sind, und dass chronische Stressbelastungen über Burnoutzustände in Depressionen münden können [11]. Im Folgenden soll untersucht werden, inwiefern sich aus psychiatrischer Sicht eine Differenzierung von Burnout und Depression ergibt.

Burnout und Depression

Aufgrund ähnlicher und/oder überlappender Symptome bleibt die differentialdiagnostische Abgrenzung zwischen Burnout und Depressionen, Schlaf- und Angststörungen unscharf. Wie oben beschrieben können beide Phänomene in derselben Entwicklungskaskade auftreten. Als ebenso unscharf erweisen sich die Abgrenzungen zu «chronic fatigue», Neurasthenie, Anpassungsstörungen oder zum Abhängigkeitssyndrom.

Nach einer finnischen Querschnittsstudie steigt bei zunehmendem Schweregrad von Burnout die Wahrscheinlichkeit einer Depression bis auf 50% an [14]. In einer Analyse von zwölf Studien fanden Schaufeli und Enzmann [15] einen gemeinsamen Anteil der Varianz von 26% zwischen Depression und dem Burnoutsymptom *emotionale Erschöpfung*. Eine bestehende Depression stellt einen star-

ken Prädiktor für alle drei Burnoutfaktoren dar, und frühere Depressionen – sogar alleine eine familiäre Vorbelastung – können Prädiktoren für *emotionale Erschöpfung* sein [6]. Aufgrund der verschiedenen Konzepte von Burnout und Depression sowie der kleinen gemeinsamen Varianz betrachteten Iacovides et al. [16] Burnout und Depression als zwei separate Phänomene, die aber gemeinsame Charakteristika aufweisen.

Burnout und Depression scheinen demnach auf unterschiedlichen Konzepten zu beruhen (Tab. 1). Burnout wird kausal im Zusammenhang mit chronischen (beruflichen) Stressoren gesehen und erfüllt keine bestehenden medizinisch-diagnostischen Kriterien. Depressive Erkrankungen sind medizinisch definierte psychische Erkrankungen, die nicht auf die Berufstätigkeit reduziert werden können. Sie werden unabhängig von endogenen (neurobiologischen) Vulnerabilitäten oder vermeintlichen exogenen Faktoren diagnostiziert. Ohne Zweifel nimmt mit dem Schweregrad des Burnouts die Wahrscheinlichkeit depressiver Symptome zu und kann in das Vollbild einer Depression münden. Die Konzepte von Burnout sehen denn auch Verzweiflung und Depression als schwerste Stufe des Burnouts vor [4].

Burnout und Schlaf

Personen mit Burnout klagen häufig über Schlafstörungen und über einen mangelhaften oder fehlenden Erholungswert des Schlafs [17], was durch Studien bestätigt wurde [18, 19]. In einer polysomnographischen Untersuchung konnte auch eine verschlechterte Schlafkontinuität und eine veränderte Schlafarchitektur sowie häufigeres Erwachen gefunden werden. Dies äusserte sich in erhöhter Tagesschläfrigkeit und mentaler Müdigkeit [20]. Gemäss einer Prospektivstudie an rund 2000 Personen war nicht nur Burnout – unabhängig von Depressionen – ein Risikofaktor für Schlafstörungen, sondern auch umgekehrt waren Schlafstörungen ein Risikofaktor für spätere Burnoutsymptome [21]. Gemäss anderen Autoren beeinträchtigt der fehlende Erholungswert des Schlafes die Erholung vom Burnout [17].

Psychosomatische Aspekte von Burnout

Der Begriff «Burnout» bezeichnet eine phasenhafte Entwicklung von einem ursprünglich übersteigerten Arbeitsverhalten mit hoher Arbeitsbelastung bis hin zur völligen psychophysischen Erschöpfung und Depression. Die Prozesse, die auf somatischer Ebene ablaufen, decken sich weitgehend mit früheren Befunden zur Psychosomatik des Stresses. Verschiedene Erhebungen während Kriegen oder anderen Krisen konnten zeigen, dass akuter emotionaler Stress u.a. kardiale Störungen oder gar einen Herzinfarkt auslösen kann [22]. Voreilige Rückschlüsse zu einer «psychosomatischen» Ätiologie der koronaren Herzkrankheit sind allerdings gefährlich. Nachdem z.B. frühere Untersuchungen dem Typ A-Verhalten (übersteigertes kompetitiver bis aggressiver Arbeitseinsatz, ausgeprägte Karriereambitionen) ein erhöhtes Herzinfarktrisiko zugeordnet hatten, konnten spätere Untersuchungen diesen Zusammenhang nicht erhärten. Mittlerweile gilt das Typ-A-Verhalten nicht mehr als kardiovaskulärer Risikofaktor.

Eine Übersichtsarbeit von Melamed et al. [23] verglich das Burnoutkonzept mit verschiedenen Stresskonzepten und ihrer umfangreichen wissenschaftlichen Literatur. Anknüpfungspunkte bezüglich kardiovaskulärer Risiken bilden die Arbeiten von Appels [24, 25], in denen Zusammenhänge zwischen Erschöpfung (gemessen mit dem Maastricht-Fragebogen) und dem Auftreten von Herz-Kreislaufkrankungen gefunden wurden. Melamed et al. [23] untersuchten auch Zusammenhänge von Burnout mit anderen somatischen Erkrankungen wie dem metabolischen Syndrom, Kortisol- und Sympathikus-Regulation, Schlafstörungen, Entzündungsreaktionen, gestörten Immunfunktionen und gesundheitsschädigendem Verhalten, die ihrerseits wieder in Zusammenhang mit erhöhten kardiovaskulären Risiken stehen. Die Schlussfolgerung war, dass «vital exhaustion» und Burnout Risikofaktoren sowohl für Herz-Kreislaufkrankungen als auch für das Auftreten des arteriosklerose-begünstigenden Typ-2-Diabetes darstellen [26]. Der Zusammenhang mit dem kardiovaskulären Risiko könnte endokrinologisch vermittelt sein. Melamed [18] berichtete von erhöhtem somatischen Arousal, einem Zu-

Tabelle 1

Gegenüberstellung von Burnout und Depression (MBI: Maslach Burnout inventory), [3].

	Burnout	Depression
Konzept	Sozial- und arbeitspsychologisches Konstrukt	Klinische Diagnose
Ätiologie	Resultat eines Prozesses, initiiert und unterhalten durch chronische Überlastung und Stress bei der Arbeit	Psychiatrische Erkrankung ohne obligaten Kontext
Integrale Dimensionen des Phänomens/der Diagnose	Trias gemäss MBI – Emotionale Erschöpfung – Depersonalisation/Zynismus – Verminderte subjektive Leistungsbewertung	Keine konzeptuellen Dimensionen, sondern Leitsymptome (DSM-IV/ICD-10) – Depressive Stimmung – Verlust von Interessen oder von Freude – Erhöhte Ermüdbarkeit – Verminderung des Antriebs
Zusatzsymptome	Gemäss MBI – Erschöpfung – Müdigkeit – Vermindertes Einfühlungsvermögen – Frustration – Gleichgültigkeit – Schlafstörungen – Gefühl von Wertlosigkeit und Versagen	– Veränderung des Körpergewichts/Appetits – Schlafstörungen – Psychomotorische Agitation oder Retardation – Müdigkeit/Energieverlust – Gefühl von Wertlosigkeit und Schuldgefühle – Konzentrationsprobleme – Suizidgedanken/Pläne

stand, der mit höheren Spannungen bei der Arbeit, höherer Irritabilität, mehr Schlafstörungen, geringerem Erholungswert des Schlafs und erhöhten Tages-Kortisolwerten einherging. Kortisol begünstigt die Bildung des metabolischen Syndroms mit Hyperlipidämie und arterieller Hypertonie. Eine weitere mögliche pathogenetische Rolle spielen systemische pro-inflammatorische Zytokine, welche bei Burnout erhöht sind [7]. Das erhöhte Risiko von Burnoutpatienten, an psychosomatischen Erkrankungen zu leiden, lässt sich unter anderem auch auf stressbedingte gesundheitsschädigende Verhaltensweisen wie Nikotinkonsum, erhöhten Alkoholkonsum oder schlechte Planung der körperlichen und psychischen Erholung zurückführen. Interessanterweise scheint es geschlechtsspezifische Unterschiede zu geben: Eine finnischen Studie fand Zusammenhänge zwischen Burnout und muskuloskelettalen Störungen nur bei Frauen, und Zusammenhänge mit kardiovaskulären Störungen nur bei Männern [27].

Zusammenfassend erstaunt es nicht, dass Burnout als Resultat einer chronischen Stressbelastung nicht nur für psychische Erkrankungen wie Depressionen, sondern auch für somatische Krankheiten eine Risikokonstellation darstellt. Im Folgenden soll Burnout deshalb nun in Relation zu bestehenden Stress- und Arbeitskonzepten diskutiert werden.

Burnout und Stress

Burnout wird als Stressphänomen verstanden – ist es deshalb mit Stress gleichzusetzen? Erschöpfung und reduzierte Leistungsfähigkeit sind typische Stressreaktionen. Zynismus ist als Bewältigungsverhalten eine bekannte Strategie, um Abstand von der Arbeit zu gewinnen. Stress führt zu emotionaler Erschöpfung. Umgekehrt gilt aber auch, dass emotionale Erschöpfung das Stresserleben fördert. Die beiden anderen Burnoutfaktoren *Depersonalisierung/Zynismus* und *verminderte subjektive Leistungsbewertung* beeinflussen die Stresswahrnehmung, ohne aber kausal durch Stress in ihrer Entwicklung beeinflusst zu sein. Zudem vermindert *Depersonalisierung/Zynismus* das Stressempfinden (Abwehrmechanismus), während eine *verminderte subjektive Arbeitseffektivität* Stress und Stresswahrnehmung verstärkt [28].

Neuro-hormonelle Stressreaktionen und Burnout

Es ist anzunehmen, dass bei Burnout auch neurobiologische Symptome einer ausgenickten «Stressachse» auftreten. Verschiedene Studien [18, 19, 29] fanden denn auch bei Burnoutpatienten nach dem Aufwachen erhöhte Kortisolwerte und eine erhöhte Herzfrequenz. Die Auswertung zeitäquivalenter Werte (Tagebücher) von Burnoutsymptomen und der Kortisol-Aufwachreaktion und Kortisolspiegeln ergab überraschenderweise negative Zusammenhänge. Eine neue Studie von Onen Sertoz et al. [30] fand ebenfalls keinen Zusammenhang zwischen Burnout und Kortisol oder seiner dexamethasoninduzierten Suppression, wohl aber erniedrigte Werte von BDNF (brain derived neurotropic factor).

Die bisherigen Daten über die Zusammenhänge zwischen Burnout und dem Stresshormon Kortisol bleiben somit kontrovers und lassen keine klare Pathophysiologie erkennen.

Burnout und arbeitspsychologische Stresskonzepte

Die verschiedenen Definitionen und Konzepte von Stress unterscheiden Stimuluskonzepte (Stress als Auslöser), Responsekonzepte (Stress als Antwort auf Belastungen) und transaktionale Konzepte (Interaktion zwischen Auslöser und Antwort). Im probabilistischen Stresskonzept wird Stress definiert als ein psychisches Ungleichgewicht zwischen Anforderungen und den persönlichen Handlungsmöglichkeiten bzw. zwischen Angeboten und Bedürfnissen [31]. Dieser Zustand ist persönlich bedeutsam und wird als unangenehm erlebt. Ferner gilt es, zwischen akuten und chronischen Stressoren zu unterscheiden. Die psychophysiologischen Stressreaktionen äussern sich individuell, je nach den spezifischen Vorerfahrungen und der körperlich-psychischen Konstitution. Zusätzlich bestimmen vorhandene Ressourcen und Entlastungsfaktoren (z.B. soziale Unterstützung) und das «Coping» (Bewältigungsverhalten) die individuell verschiedenen Stressreaktionen.

Das *Job Demands-Resources Model* [32] stellt die verschiedenen arbeitsbezogenen Stressoren (körperliche und kognitive Belastungen, Zeitdruck, Unterbrechungen usw.) den adaptiven Ressourcen gegenüber (Unterstützung durch Vorgesetzte, Mitbestimmungs- und Kontrollmöglichkeit, Belohnungen, Variabilität usw.). Genügend Ressourcen ermöglichen einen positiven Prototypen des Arbeitnehmerbefindens: das sogenannte Work-Engagement. Dieses ist definiert als ein langanhaltender, positiver affektiv-motivationaler Zustand der Erfüllung, charakterisiert durch Vitalität, Engagement und Absorption.

Im *Modell der Gratifikationskrise* soll eine Balance zwischen den Anforderungen am Arbeitsplatz (Pflichten, Motivation) und Belohnungen (Anerkennung, Einkommen, Sicherheit und Perspektiven) erreicht werden [33]. Überwiegen die Anforderungen gegenüber den Belohnungen, führt dies zu einer Gratifikationskrise, die mit einem erhöhten Risiko für Herz-Kreislauferkrankungen und anderen Befindensbeeinträchtigungen wie auch Burnout in Verbindung gebracht wird [34].

Das *Dual-Level-of-Social-Exchange-Model* befasst sich mit der Reziprozität auf interpersoneller und organisatorischer Ebene [35]. Während ein Mangel an interpersoneller Reziprozität (zwischen Arbeitnehmern) mit Burnout in Verbindung gebracht wird, wird ein Mangel an organisatorischer Reziprozität (zum Unternehmen) sowohl mit Burnout als auch mit Rückzug aus dem Unternehmen assoziiert. Eine Balance zwischen den beiden Reziprozitäten, Fairness und Gerechtigkeit am Arbeitsplatz spielen eine wichtige Rolle für ein positives Arbeitnehmerbefinden. Hier schliesst auch das Stress als *Offense-to-Self-Konzept* an, das unter anderem die Auswirkungen von als illegitim wahrgenommenen Arbeitsaufgaben untersucht [36], welche am Arbeitsplatz zu Burnout führen können [37].

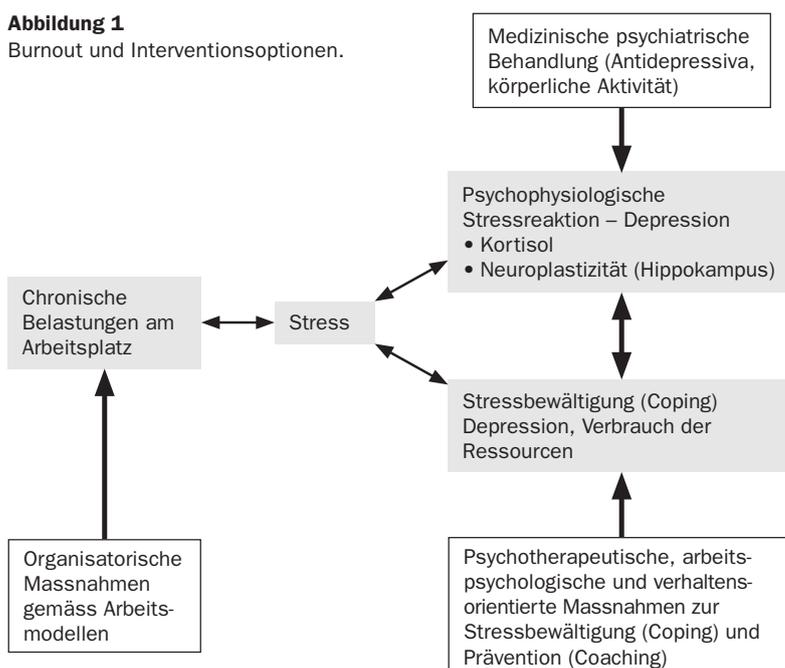
Diese Zusammenstellung von Stresskonzepten aus verschiedenen Arbeits- und Forschungsrichtungen zeigt, dass das Phänomen Burnout problemlos integrierbar ist.

Burnout – wie behandeln?

An erster Stelle steht eine sorgfältige psychiatrische, inter-nistische und gegebenenfalls schlafmedizinische Abklärung und Differentialdiagnostik mit entsprechender spezifischer Therapie. Behandlungsansätze für das Burnoutsyndrom lassen sich aus obigen Überlegungen und aus dem neuro-biologischen Konzept von Eriksson und Wallin [38] herleiten. Bei leichteren Beschwerden ohne Depression können arbeitspsychologische Interventionen, Entspannungsverfahren und Stressbewältigungsstrategien genügen. Entspricht die Symptomatik aber einer depressiven Episode, sind die gängigen psychiatrisch-antidepressiven Interventionen (inklusive dem Einsatz von Antidepressiva) erforderlich, auf die an dieser Stelle nicht weiter eingegangen wird. Depressionen, die aus einer Burnoutsituation hervorgingen, erfordern eine sorgfältige, individuell angepasste Strategie für eine allfällige Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess. Dies soll von arbeitspsychologischen Massnahmen, Stressbewältigungsstrategien bis hin zum individuellen Coaching alles miteinbeziehen. Auf der arbeitsorganisatorischen Ebene geht es unter anderem um die Verbesserung von Arbeitsstrukturen, die Förderung einer Kultur der Wertschätzung und einer positiven Arbeitsatmosphäre, Kontrollierbarkeit und um ausgewogene Verhältnisse von Ressourceneinsatz und Ergebnis.

Bezüglich Einsatz von Antidepressiva sind ihre Einflüsse auf die «Stressachse» und auf neuroplastische Veränderungen (Förderung der Neurogenese hippocampaler Neurone nach stressinduzierter Atrophie und Zellverlust) bedeutsam [38]. Wir gehen davon aus, dass die Langzeiteffekte von Antidepressiva zu einer erhöhten Stressadaptationsfähigkeit führen. Generell gilt beim Burnoutsyndrom ein symptom-orientierter Ansatz mit Berücksichtigung der psychischen und somatischen Beschwerden und Integration von arbeitspsychologischen Massnahmen auch im Sinne der Prävention (Abb. 1).

Abbildung 1
Burnout und Interventionsoptionen.



Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Der Begriff «Burnout» hat eine inflationäre und populäre Verbreitung gefunden. Dies erfordert den Versuch einer Klärung. Der Modebegriff beschreibt ein multidimensionales arbeitspsychologisches Stresskonstrukt, aber keine medizinische Diagnose.

Burnout wird sowohl als Syndrom wie auch als Prozess beschrieben. Das «Syndrom» basiert auf den drei Dimensionen *Emotionale Erschöpfung*, *Depersonalisierung/Zynismus* und *Verminderte subjektive Leistungsbewertung*. Der Prozess, wie er von Burisch [4] beschrieben wurde, erstreckt sich über mehrere Stufen. Er beginnt mit chronischem Arbeitsstress und kann über psychosomatische Störungen und Verzweiflung in eine Depression münden. Empirische Befunde zeigten denn auch, dass mit der Schwere des Burnouts die Wahrscheinlichkeit einer depressiven Episode steigt. Diese zunehmende Überlappung von schwerem Burnout und Depression dürfte mit ein Grund sein für die oft gesehene Begriffsverwirrung zwischen dem arbeitspsychologischen Konstrukt Burnout und der medizinischen Diagnose einer depressiven Episode.

Es ist davon auszugehen, dass schwer ausgeprägte Burnoutzustände, wie sie sich letztlich in der psychiatrischen Praxis zeigen, oft der klinischen Diagnose einer depressiven Episode entsprechen. Die Diagnostik und Behandlung richten sich daher primär nach psychiatrischen Grundsätzen. Allerdings lassen sich zusätzlich aus stress- und arbeitspsychologischen Modellen detaillierte und hilfreiche Ansätze zur Therapie und Prävention ableiten. Auf individueller Ebene geht das Spektrum von psychotherapeutischen Massnahmen bis hin zu Coaching im Umgang mit Stress. Auf der organisatorischen Ebene geht es unter anderem um Arbeitsstrukturen, eine Kultur der Wertschätzung und eine positive Arbeitsatmosphäre, Kontrollierbarkeit und ausgewogene Verhältnisse von Ressourceneinsatz und Ergebnis.

In den letzten Jahren hat sich auch die psychiatrische Forschung intensiv mit der Rolle von Stress bei der Entstehung von Depression befasst. Dies hat zu verbesserten Kenntnissen über die Steuerung von hormonellen Stressreaktionen mit ihren kurz- und langfristigen Konsequenzen geführt.

Burnout entspricht einem arbeitspsychologischen Konzept und nicht einer psychiatrischen Diagnose. Es kann als Konzept problemlos mit bestehenden Stressmodellen aus der Arbeitsphysiologie und -psychologie und ihren postulierten, prädiktiven gesundheitlichen Konsequenzen verknüpft werden. Diese erstrecken sich gemäss empirischer Befunde nicht nur auf psychiatrische Erkrankungen wie Depressionen, sondern mit steigender Evidenz auch auf somatische Erkrankungen wie jene des Herz-Kreislaufsystems.

Danksagung

Die Autoren danken Frau Rachel Bagdasarianz für ihre hervorragende redaktionelle Bearbeitung des Manuskripts.

Literatur

- 1 Freudenberg HJ. Staff burnout. *J Soc Issues*. 1974;30:159–64.
- 2 Maslach, C. Burned-out. *Hum Behav*. 1976;5:16–22.
- 3 Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occupat Behav*. 1981;2:99–113.
- 4 Burisch M. Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung. 3. überarb. Aufl. Heidelberg: Springer Verlag; 2005.
- 5 Shirom A, Melamed S, Toker S, Berliner S, Shapira E. Burnout, mental and physical health: A review of the evidence and a proposed explanatory model. *Int Rev Ind Organ Psychol*. 2005;20:269–309.
- 6 Nyklíček I, Pop VJ. Past and familial depression predict current symptoms of professional burnout. *J Affect Disord*. 2005;88:63–8.
- 7 Von Känel R, Bellingrath S, Kudielka BM. Association between burnout and circulating levels of pro- and anti-inflammatory cytokines in school-teachers. *J Psychosom Res*. 2008;65:51–9.
- 8 Embriaco N, Papazian L, Kentish-Barnes N, Pochard F, Azoulay E. Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Curr Opin Crit Care*. 2007;13:482–8.
- 9 Poncet MC, Toullic P, Papazian L, Kentish-Barnes N, Timsit JF, Pochard F et al. Burnout syndrome in critical care nursing staff. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007;175:698–704.
- 10 Goehring C, Bouvier Gallacchi M, Künzi B, Bovier P. Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. *Swiss Med Wkly*. 2005;135:101–8.
- 11 Ahola K, Hakonen J. Job strain, burnout, and depressive symptoms: A prospective study among dentists. *J Affect Disord*. 2007;104:103–10.
- 12 Soler YK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract*. 2008;25:245–65.
- 13 Soares JJ, Grossi G, Sundin O. Burnout among women: associations with demographic/socio-economic, work, life-style and health factors. *Arch Womens Ment Health*. 2007;10:61–71.
- 14 Ahola K, Honkonen T, Isometsä E, Kalimo R, Nykyri E, Aromaa A et al. The relationship between job-related burnout and depressive disorders – results from the Finnish Health 2000 Study. *J Affect Disord*. 2005;88:55–62.
- 15 Schaufeli WB, Enzmann D. The burnout companion to study & practice. A critical analysis. Philadelphia: Taylor & Francis;1998.
- 16 Iacovides A, Fountoulakis KN, Kaprinis S, Kaprinis G. The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *J Affect Disord*. 2003;75:209–21.
- 17 Sonnenschein M, Mommersteeg PM, Houtveen JH, Sorbi MJ, Schaufeli WB, van Doornen LJ. Exhaustion and endocrine functioning in clinical burnout: an in-depth study using the experience sampling method. *Biol Psychol*. 2007;75:176–84.
- 18 Melamed S, Ugarten U, Shirom A, Kahana L, Lerman Y, Froom P. Chronic burnout, somatic arousal and elevated salivary cortisol levels. *J Psychosom Res*. 1999;46:591–8.
- 19 Grossi G, Perski A, Evengård B, Blomkvist V, Orth-Gomér K. Physiological correlates of burnout among women. *J Psychosom Res*. 2003;55:309–16.
- 20 Ekstedt M, Söderström M, Akerstedt T, Nilsson J, Søndergaard HP, Aleksander P. Disturbed sleep and fatigue in occupational burnout. *Scand J Work Environ Health*. 2006;32:121–31.
- 21 Armon G, Shirom A, Shapira I, Melamed S. On the nature of burnout-insomnia relationships: a prospective study of employed adults. *J Psychosom Res*. 2008;65:5–12.
- 22 Fitzpatrick A, Reed T, Goldberg J and Buchwald D. The association between prolonged fatigue and cardiovascular disease in World War II veteran twins. *Twin Res*. 2004;7:571–7.
- 23 Melamed S, Shirom A, Toker S, Berliner S, Shapira I. Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychol Bull*. 2006;132:327–53.
- 24 Appels A, Mulder P. Excess fatigue as a precursor of myocardial infarction. *Eur Heart J*. 1988;9:758–64.
- 25 Appels A. Exhaustion and coronary heart disease: the history of a scientific quest. *Patient Educ Couns*. 2004;55:223–9.
- 26 Melamed S, Shirom A, Toker S, Shapira I. Burnout and risk of type 2 diabetes: a prospective study of apparently healthy employed persons. *Psychosom Med*. 2006;68:863–9.
- 27 Honkonen T, Ahola K, Pertovaara M, Isometsä E, Kalimo R, Nykyri E et al. The association between burnout and physical illness in the general population – results from the Finnish Health 2000 Study. *J Psychosom Res*. 2006;61:59–66.
- 28 McManus IC, Winder BC, Gordon D. The causal links between stress and burnout in a longitudinal study of UK doctors. *Lancet*. 2002;359:2089–90.
- 29 De Vente W, Olff M, Van Amsterdam JG, Kamphuis JH, Emmelkamp PM. Physiological differences between burnout patients and healthy controls: blood pressure, heart rate, and cortisol responses. *Occup Environ Med*. 2003;60 Suppl 1:i54–61.
- 30 Onen Sertoz O, Binbay IT, Koylu E, Noyan A, Yildirim E & Mete HE. The role of BDNF and HPS axis in the neurobiology of burnout syndrome. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2008;32:1459–65.
- 31 Semmer NK. Stressbezogene Tätigkeitsanalyse. Weinheim: Beltz; 1984.
- 32 Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. The job demands: resources model of burnout. *J Appl Psychol*. 2001;86:499–512.
- 33 Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol*. 1996;1:27–41.
- 34 Siegrist J. Effort-reward imbalance at work and health. In: Perrewe P, Ganster D, editors. *Research in occupational stress and well being*, Vol. 2: Historical and current perspectives on stress and health. New York: JAI Elsevier; 2002:261–91.
- 35 Schaufeli WB, van Dierendonk D, van Gorp K. Burnout and reciprocity: towards a dual-level social exchange model. *Work and Stress*. 1996;10:225–37.
- 36 Semmer NK, Jacobshagen N, Meier LL, Elfering A. Occupational stress research: the “stress-as-offense-to-self” perspective. In: McIntyre J, Houdmont J, editors. *Occupational health psychology: European perspective on research, education and practice*. Castelo da Maia, Portugal: ISMAI Publishing; 2007:41–58.
- 37 Jacobshagen N. Illegitimate tasks, illegitimate stressors: Testing a new stressor-strain concept. Inaugural dissertation, Faculty of Human Sciences, University of Berne. 2006.
- 38 Eriksson PS, Wallin L. Functional consequences of stress-related suppression of adult hippocampal neurogenesis – a novel hypothesis on the neurobiology of burnout. *Acta Neurol Scand*. 2004;110:275–80.