

Vor allem beruflich Ambitionierten droht ein Burnout.

© Stauke /fotolia.com

Burnout oder Depression?

Unterschiede in der Struktur beider Erkrankungsbilder

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

Patienten schreiben sich nicht selten selbst die Diagnose „Burnout" zu. Für den Arzt stellt sich dann die Frage: Liegt tatsächlich ein Ausgebranntsein vor oder doch eine Depression? Wann greift er selbst z.B. durch ärztlich-therapeutische Gespräche im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung und/oder den Einsatz von Medikamenten ein? Wann überweist er an einen Facharzt?

von Katja Geuenich

Das Thema Burnout galt beinahe schon selbst als ausgebrannt. Es ließ sich aber nicht so recht verdrängen und wird nun wieder neu belebt. So verweist z.B. eine neue Studie (Mestel, R., 2013) explizit darauf, dass es sich lohne, einen Burnout zu erheben, da er einen von der Depression unabhängigen Bereich erfasse. Aber es gibt noch einen anderen als den rein wissenschaftlichen Grund, sich weiterhin mit der Diagnose Burnout zu beschäftigen. Patienten wenden sich nicht selten mit einem „Burnout" an ihren Hausarzt und zeigen Interesse an einer gezielten Behandlung. Die Selbstdiagnose erwies sich der Studie zufolge aber zumindest als ein positiver Prädiktor für den Therapie-Outcome (Webendörfer,S. et al., 2013). Zudem hatte die selbstzugewiesene Burnout-Diagnose keinerlei negative Auswirkungen auf die Frage einer Rückkehr in den Beruf. Unter diesem Blickwinkel bieten sich Chancen in der Patientenfürsorge und -führung.

Wie sehen Beschwerden und Ressourcen aus

In der Studie wurden 132 depressive Patienten/-innen befragt, von diesen erhielten 79 (40 Männer, 39 Frauen) die

Zusatzdiagnose eines Burnouts. Alle wurden zu Beginn ihrer psychotherapeutisch-klinischen Behandlung mit Hilfe von Fragebögen SCL-90 (Symptomcheckliste 90 dt. Version von Franke, 1995) und den Burnout-Screening-Skalen von Hagemann und Geuenich (2009; i. P.) zu beruflichen und außerberuflichen Beschwerden und Ressourcen befragt. Unter berufliche Beschwerden fallen hier Aspekte wie Dauerstress durch lange Arbeitstage, Sorge vor Überforderung im Beruf, Arbeitsunzufriedenheit, etc. Außerberufliche Beschwerden meinen hier in erster Linie Beschwerden der eigenen Person/des Selbst, so Niedergeschlagenheit, Konzentrationsstörungen, Ängste etc. Berufliche Ressourcen sind z.B. eine hohe Identifikation mit der Arbeitsaufgabe, eine gute Integration ins Team, außerberufliche Ressourcen sind Lebensbejahung, die Wahrnehmung eigener Talente und persönlicher Stärke, Zierlorientierung, Sinnhaftigkeit im Handeln u.a.

Erwartungsgemäß (bei gleicher Diagnose Depression) sind sich die Stichproben der Patienten mit vs. ohne Burnout in ihrem Beschwerdebild recht ähnlich. Zwar sind die beruflichen und psychischen Beschwerden bei den Patienten mit Burnout höher, aber der Unterschied ist nicht groß genug, um signifikant zu werden. Der Einfluss der Merkmale von Alter und Geschlecht wurde für beide Stichproben und auch die Gesamtstichprobe untersucht. Er ist insgesamt zu vernachlässigen.

Bei den Burnout-Patienten fällt auf, dass ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen beruflichen Beschwerden und Depressivität besteht (**Abb. 1**), d.h., je mehr berufliche Beschwerden, umso stärker auch die Depressivität und umgekehrt. Bei den Patienten ohne Burnout ist der Zusammenhang zwar leicht positiv, aber nicht signifikant. Berufliche Beschwerden wachsen und sinken also erwartungsgemäß gemeinsam mit depressiven Beschwerden. Hierbei ist der Einfluss bei Burnout-Patienten signifikant, bei Patienten ohne Burnout ist er es nicht. Das ist ein differenzierender Aspekt.

Persönliche Ressourcen sind Schutzfaktoren gegen Depressivität. In beiden Patientengruppen finden sich hier (**Abb. 2**, rechts) signifikant negative Zusammenhänge. Schützen persönliche Ressourcen auch gegen berufsbedingte Beschwerden? Je mehr persönliche Ressourcen, umso geringer sind die beruflichen Beschwerden? Man kann das sagen, jedoch gilt es in der vorliegenden Untersuchung nur für die Gruppe der Patienten ohne Burnout (**Abb. 2**, links). Bei Patienten mit Burnout ist der Zusammenhang nicht signifikant.

Bei den Burnout-Patienten bleiben persönliche Ressourcen, d.h. grundlegende selbstwertstabilisierende Haltungen relativ unabhängig von beruflichen Belastungen bestehen. Das weist erneut auf einen Unterschied zwischen einer „einfachen" Depression und einer Burnout-Problematik hin. Burnout-Patienten verlieren bei zunehmenden berufsbedingten Beschwerden bzw. bei zunehmender Depressivität weniger und/oder später ihre selbstwertschützenden Überzeugungen der Lebensbejahung, Sinnhaftigkeit, etc.

Fragen zur Differenzierung

Die Ergebnisse zeigen, dass Burnout etwas anderes ist als eine Depression. Treffsicher nachzufragen ist daher:

- Wie hoch schätzt der Patient die Relevanz des berufsbedingten Stresses in punkto der vorliegenden Beschwerden ein. (Burnout: Primat der Arbeit)
- Wie hoch sind seine beruflichen Ressourcen und auch die Ressourcen der eigenen Person/Selbst (Burnout: eher

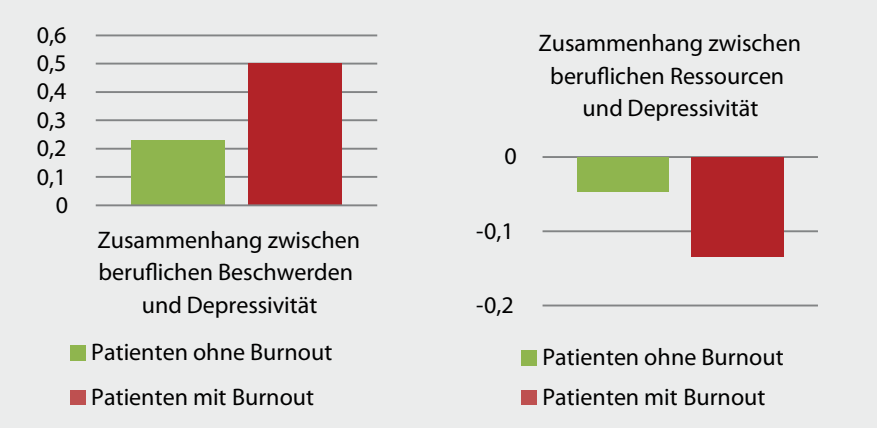


Abb 1: Patienten mit vs. ohne Burnout: Korrelation der Merkmale berufliche Beschwerden, berufliche Ressourcen und Depressivität.

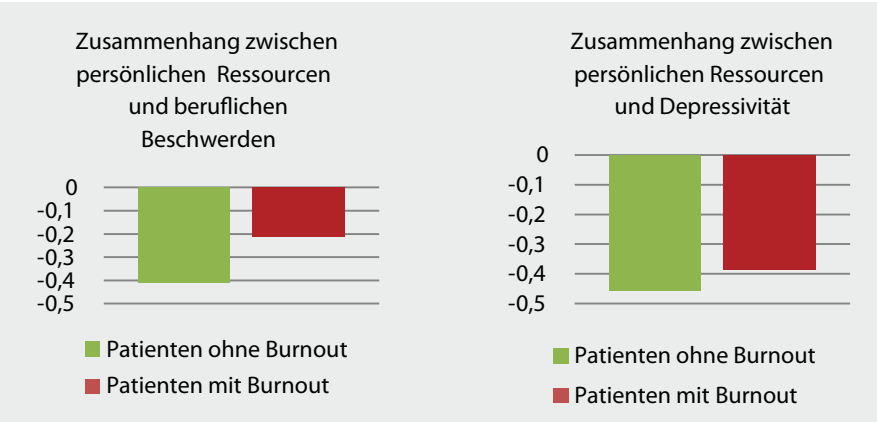


Abb 2: Patienten mit vs. ohne Burnout: Korrelation der Merkmale außerberufliche/persönliche Ressourcen und Depressivität.

hoch und längerfristig konstant hoch)?
- In welcher zeitlichen Reihenfolge: „Erst das fordernde Arbeitspensum, dann die Erschöpfung (Burnout) oder erst der Antriebsverlust und dann die beruflichen Probleme und Beschwerden (Depression)." traten die Beschwerden auf?

Was kann der Hausarzt tun?

Unabhängig von der Diagnose, d.h. ob ein Burnout oder eine Depression im Vordergrund steht, sind folgende Kriterien handlungsleitend:
- Schwere der Symptomatik
- Einschränkung in der Teilhabe am beruflichen, sozialen und privaten Leben
- Fehlen von ausgleichenden, stabilisierenden Aspekten, z.B. familiärer Rückhalt, gute finanzielle Absicherung, verlässlicher Freundeskreis, eigene Resilienzen (aktive Problembewältigung, Zielorientierung, Introspektionsfähigkeit, Frustrationstoleranz, Optimismus und Lebensbejahung etc.)

Je stärker diese Merkmale ausgeprägt sind, umso mehr ist der behandelnde Arzt gefragt, den Patienten zu unterstützen. Je komplexer und schwerer die Problematik, umso sinnvoller ist eine fachärztliche Begleitung. Hierbei sind Burnout und Depression gleichermaßen anzugehen, denn der Fokus liegt auf dem Funktionsniveau und Leidensdruck des Patienten. Zudem sind beim Vollbild Burnout depressive Beschwerden regelmäßig zu beobachten. In vielen Fällen ist es nicht alleine mit einer kürzeren oder auch längeren Krankschreibung getan. Bei der Burnout-Bewältigung – ebenso wie bei der Depression – bedarf es in der Regel eines Prozesses der tiefgründenen Auseinandersetzung mit der eigenen Person und den eigenen Handlungsmustern.

Antidepressive Medikamente, z.B. (selektive) Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer, monoaminerge Antidpressiva oder Antidepressiva mit trizyklischen bzw. tetrazyklischen Wirkstoffen etc., einzusetzen, werden gemäß der Leitlinie der Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) bei unipolaren Depressionen empfohlen, wenn sich nach einer ca. 14-tägigen Phase des achtsamen Beobachtens der Symptomentwicklung („Watchful Waiting") keine Besserung gezeigt hat. Bei leichter und mittelschwerer Störung können Psychopharmaka und/oder Psychotherapie zum Einsatz kommen. Bei schweren depressiven Störungen gilt die Kombination von beidem – Psychopharmaka plus Psychotherapie – als beste Methode. Ein bestimmtes Medikament oder auch eine bestimmte Antidepressivagruppe wird von der DGPPN nicht präferiert. Auch hier sollte sich – zumindest zum gegenwärtigen Stand der Forschung – die Burnout-Behandlung an der Depressionsbehandlung orientieren. Entscheidend ist die Frage, ob Medikamente dabei helfen, den Zugang zur inneren Auseinandersetzung und Konfliktlösung zu erleichtern. Wenn dieses Niveau erreicht ist und einige Monate gehalten werden konnte, sollte an ein langsames Absetzen der Medikamente gedacht werden.

Literatur bei der Verfasserin

SERVICE

Weitere Informationen zur antidepressiven Therapie finden Sie unter:

www.depression.versorgungsleitlinien.de

Leitlinie für die unipolare Depression (2009). Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN).

Dr. Dipl.-Psych. Katja Geuenich
Röher Parkklinik
Röherstr. 53
52249 Eschweiler
E-Mail: geuenich@roeher-parkklinik.de



Mögliche Interessenkonflikte: keine deklariert