

Andere Störungsbilder mit Müdigkeit, Erschöpfung und Schmerz

2.1 Burnout – 21

- 2.1.1 Stufenprozess der Erschöpfung – 21
- 2.1.2 Symptome des Burnouts – 23
- 2.1.3 Ursachen des Burnouts – 25
- 2.1.4 Prädisposition für Burnout – 27
- 2.1.5 Prävention und Behandlung von Burnout – 29

2.2 Fibromyalgiesyndrom: Schmerzen mit Müdigkeitssyndrom – 31

- 2.2.1 Bezeichnung der Krankheit und Beschwerdebild – 32
- 2.2.2 Diagnostische Kriterien für Fibromyalgie – 32
- 2.2.3 Prädisposition und Pathogenese des FMS – 34
- 2.2.4 Komorbiditäten – 38
- 2.2.5 Behandlung des FMS – 38

2.3 Rückenschmerzen: Störung mit körperlichen und psychischen Ursachen – 40

- 2.3.1 Diagnostische Kriterien: Körperliche und psychische Faktoren – 41
- 2.3.2 Prävalenz und Verlauf von Rückenschmerzen – 43
- 2.3.3 Ursachen von chronischen Rückenschmerzen – 43
- 2.3.4 Bewältigung von Rückenschmerzen – 46
- 2.3.5 Rolle der Arbeitsbedingungen – 47
- 2.3.6 Negative iatrogene Einflüsse – 48

2.4 Depressionen – 49

2.4.1 Symptome der typischen Depression – 49

2.4.2 Behandlung der typischen Depression – 51

2.4.3 Symptome der atypischen Depression – 51

2.5 Hypochondrie und Angststörungen – 52

Literatur – 55

Wie ■ Abb. 2.1 schematisch zeigt, überschneidet sich die Symptomatik des Müdigkeitssyndroms mit anderen somatoformen Störungen, die ebenfalls von Müdigkeit und Erschöpfung sowie körperlichen Schmerzen gekennzeichnet sind. Sie werden dem Spektrum der stressbedingten oder affektiven Störungen zugeordnet, da bei anhaltender Stressbelastung Zeichen der Überlastung auftreten, die einerseits in Richtung einer depressiven Störung weisen, andererseits funktionelle körperliche Symptome zur Folge haben. Burnout ist eine allgemeine Bezeichnung für Anzeichen zunehmender Überlastung und hat verschiedene spezifische Erkrankungen zur Folge, die differenzialdiagnostisch in Erwägung gezogen werden müssen (Jäggi 2008, ► Abschn. 2.1).

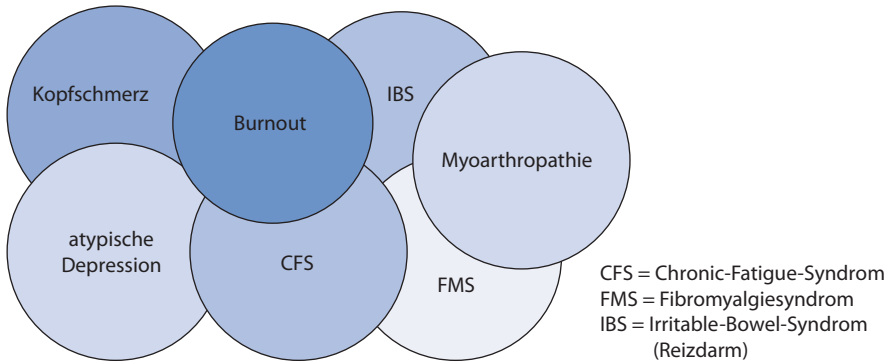
Trotz Ähnlichkeiten bestehen Unterschiede zwischen den Krankheitsbildern mit hauptsächlich funktionellen, körperlichen Symptomen wie Schmerzen und Erschöpfung, die zur Gruppe der somatoformen Störungen gehören, und den affektiven Störungen (meistens Depressionen mit gedrückter Stimmung). Die Kernsymptome der *typischen Depression* »gedrückte Stimmung«, »Unfähigkeit, sich zu freuen« sowie »Antriebs- und Lustlosigkeit« fehlen bei den somatoformen Störungen, zumindest zu Beginn. Sie können im Laufe einer besonders schwer und hartnäckig verlaufenden Erkrankung vor allem als Folge der verlorenen Leistungsfähigkeit (und anderer Verluste) sowie der scheinbar ausgeweglosen Situation auftreten. Auch entsprechen die Müdigkeit und der Energiemangel nicht einer depressiven Antriebslosigkeit, sondern sind Ausdruck der erhöhten Erschöpfbarkeit. Zudem hat die Schlafstörung eine andere Qualität: Die Schlafdauer ist meist normal oder verlängert (keine frühes Erwachen wie bei Depressionen), aber der Schlaf ist nicht erholsam, weshalb die Betroffenen morgens »zerschlagen« erwachen und tagsüber rasch ermüden.

Eine Zwischenstellung nimmt die *atypische Depression* ein, die von einem erhöhten Schlafbedürfnis und einer bleiernen, lähmenden Müdigkeit geprägt ist, wie sie auch für das Müdigkeitssyndrom typisch ist. Dieses wiederum ist mit dem FMS eng verwandt, bei dem jedoch neben Müdigkeit und nicht erholsamem Schlaf ausgedehnte Schmerzen und eine hohe Schmerzempfindlichkeit im Vordergrund stehen. Auch Kiefergelenkschmerzen (*Myoarthropathie*) werden von einer Reihe von Fibromyalgiesymptomen begleitet, sodass hier eine Abgrenzung nicht wirklich möglich und nur insofern sinnvoll ist, als die dominanten Beschwerden am Kauapparat die Patienten zum Zahnarzt führen. Da das therapeutische Vorgehen bei diesen Störungen sehr ähnlich ist, und somit kaum Gefahr der Fehlbehandlung besteht, ist die Abgrenzung gegeneinander teilweise mehr theoretisch. Wichtiger ist es zu erkennen, welche Zusatzbeschwerden ebenfalls zum jeweiligen oder evtl. übergeordneten Krankheitsbild gehören. So kann sich eine Erklärung für eine Vielzahl von Beschwerden finden lassen, die unter Umständen zur Konsultation verschiedener Spezialisten geführt haben.

2.1 Burnout

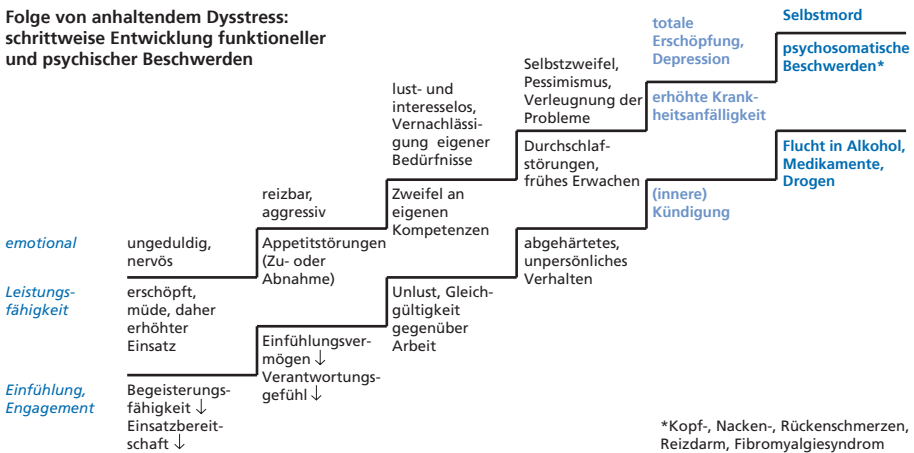
2.1.1 Stufenprozess der Erschöpfung

Burnout ist keine eigenständige Krankheit (im ICD-10 mit einem Z-Code nur als Umstand bezeichnet, der zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen führen kann), sondern ein Syndrom, das gemäß Definition bei zunehmender Erschöpfung infolge beruflicher Überbelastung eintritt. ■ Abb. 2.2 zeigt die Entwicklung von Symptomen bei anhaltender Belastung und fehlender Erholung sowie die möglichen Auswirkungen auf das Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit. Die Entwicklung weist in drei Richtungen: stressbedingte körperliche



■ **Abb. 2.1** Spektrum stressbedingter (somatoformer) Störungen. IBS = Irritable Bowel Syndrome (Reizdarm), CFS = Chronic-Fatigue-Syndrom, FMS = Fibromyalgiesyndrom. (Nach Bradley 2008)

**Folge von anhaltendem Dysstress:
schrittweise Entwicklung funktioneller
und psychischer Beschwerden**



■ **Abb. 2.2** Stufenprozess der Erschöpfung

Störungen oder Krankheiten, depressive Symptome oder Substanzmissbrauch. Ein Ausweg, sich der Überlastung zu entziehen, kann der Berufswechsel oder die innere Kündigung, d. h. die unengagierte, lustlose Weiterführung der Tätigkeit sein.

Die Anfänge der Überforderung sind subtil. Gefährdet sind Menschen, die sich beweisen müssen, dass sie gute Leistungen erbringen und Erfolg haben können. Wohl aus einem unbewussten inneren Bedürfnis, sich mit diesen hohen Leistungen jene Anerkennung und Zuwendung zu verdienen, die sie in ihrer Kindheit offenbar vermisst haben, sind sie ständig bemüht, es noch besser zu machen. (Diese Hintergründe der Selbstüberforderung werden in ► Kap. 5 behandelt und mit Beispielen illustriert.) Diese Motive verleiten die Betroffenen dazu, einen immer noch höheren Einsatz zu leisten und dabei eigene Bedürfnisse zu vernachlässigen. Sie verzichten auf Freizeit und Erholung (Schlaf!), um diese Ziele erreichen zu können, und wollen alle Aufgaben weitestgehend selbst bewältigen, statt andere um Unterstützung zu bitten oder zu delegieren. Ihr Hang zu Perfektionismus vergrößert den Aufwand zusätzlich, denn dieser ist unverhältnismäßig größer als jener für ein Resultat, das »nur gut genug« wäre.

Die langsam einsetzende Erschöpfung mit Reizbarkeit zwingt die Betroffenen, sich zurückzuziehen. Ihre Reizbarkeit und die geringe Präsenz belasten die privaten Beziehungen (Partner, Kinder), wie in ► Fallbeispiel 1.1 gezeigt. In dieser Phase findet außerdem eine emotionale Verflachung statt, da Interesse und Genussfähigkeit abnehmen. Dies verstärkt die Rückzugstendenzen. Es treten beobachtbare Verhaltensänderungen bei den Betroffenen auf: Hilfsangeboten begegnen sie mit Feindseligkeit, weil sie diese als Kritik oder Angriff erleben und es als Zeichen von Schwäche und Versagen betrachten, Hilfe anzunehmen. Nicht nur die eigenen Bedürfnisse werden verkannt, sondern auch jene von Kunden oder Klienten. Sie treten ihnen gegenüber abgehärtet und unpersönlich auf, weil sie auf Sparflamme geschaltet haben. Dies hat zur Folge, dass die Befriedigung durch die Arbeit zurückgeht, vermehrt Selbstzweifel aufkommen und sich eine innere Leere breitmacht. Die verminderte Leistungsfähigkeit zeigt sich zunächst als »normale« Erschöpfung und Müdigkeit, oft begleitet von Reizbarkeit und Ungeduld, weshalb dieses Beschwerdebild früher als *hyperästhetisch-asthenisches Syndrom*, d. h. als Überempfindlichkeits- und Kraftlosigkeitssyndrom, bezeichnet wurde. Die Symptomatik gilt als Vorstufe der Depression, kann aber auch zu anderen stressbedingten Störungen führen.

Diese Symptome sind erste Alarmzeichen der Überlastung. Werden sie nicht beachtet oder besteht keine Möglichkeit der Stressreduktion, schreitet die Entwicklung fort, und die Betroffenen laufen Gefahr, in einen heimtückischen Teufelskreis zu geraten, da Erschöpfung und Müdigkeit wegen der Durchschlafstörungen und des frühen Aufwachens verstärkt werden. Das sorgenvolle Grübeln, wenn die Betroffenen wach im Bett liegen, oder angstvolle Träume zeigen meist, welche Probleme als Belastung erlebt werden. Auch die verminderte Leistungsfähigkeit und der Verlust des Einfühlungsvermögens kennzeichnen den Beginn dieser unheilvollen Entwicklung. Die Befriedigung durch den Beruf wird geringer, weil z. B. die Erfolge der beratenden Tätigkeit (»dankbare Kunden«) unwahrscheinlicher, wenn nicht unmöglich werden, mit negativen Folgen für die emotionale Bilanz. Dies hat einen gesteigerten Einsatz mit Überstunden, Verzicht auf Pausen und weiter zunehmende Erschöpfung zur Folge. Erkennen die Betroffenen diese Warnsignale nicht, reagieren sie als Ausdruck der zunehmenden Erschöpfung wie erwähnt mit Rückzug und Überdruß und weisen sich (Insuffizienzgefühle) oder anderen (Mitarbeitern, Betrieb, System) die Schuld zu. Nimmt die Belastung weiter zu, kommt es zu einer stärkeren Abnahme der Leistungsfähigkeit (Konzentration, Kreativität, Arbeitstempo) sowie dem erwähnten Abflachen des emotionalen und sozialen Lebens. Betreffen die Symptome vorerst nur die Arbeit, so kann sich mit fortschreitender Krise eine generell negative Einstellung zu sich selbst, der Gesellschaft und dem Leben entwickeln.

Bei manchen äußert sich die Erschöpfung verdeckt in Form von psychosomatischen Symptomen, die von Erschöpfung begleitet sind (z. B. FMS). Ob jemand ausschließlich mit funktionellen Störungen oder zudem mit depressiven Symptomen reagiert, hängt von seiner Persönlichkeitsstruktur und seinen Bewältigungsstrategien ab.

2.1.2 Symptome des Burnouts

Das Leiden ist charakterisiert durch die Trias von emotionaler Erschöpfung, Verlust des Einfühlungsvermögens und verminderter Leistungsfähigkeit (Pines et al. 1985).

Die *emotionale Erschöpfung* (► Box 2.1) zeigt sich, indem die Betroffenen nervös, reizbar, ungeduldig und allenfalls aggressiv sind. Die weiteren Merkmale wie Lust- und Interesselosigkeit nach der Arbeit zeigen in Richtung eines depressiven Syndroms. Die Betroffenen mögen nichts mehr unternehmen, lassen sich höchstens vom Fernseher berieseln oder sich »verwöhnen«

Box 2.1: Emotionale Erschöpfung

- Reizbar, aggressiv
- Ungeduldig und nervös
- Lust- und interesselos
- Bedrückt und hoffnungslos
- Selbstzweifel und Pessimismus

Die Symptome weisen in Richtung einer *Depression*.

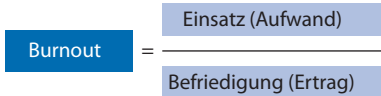
Box 2.2: Verlust des Einfühlungsvermögens

- Verlust des Mitgefühls
- Verlust von Begeisterungsfähigkeit, Einsatzbereitschaft und Verantwortungsgefühl
- Unlust und Gleichgültigkeit gegenüber der Arbeit
- Negative Gefühle gegenüber Kunden und Mitarbeitern
- Unbeteiligte oder zynische Reaktionen
- Abgehärtetes, unpersönliches Verhalten

Diese Reaktionen können zu einer *sinnvollen Verringerung des übermäßigen Engagements* führen.

(z. B. mit Essen oder Trinken), obwohl sich nachher Schuldgefühle einschleichen. Dies fördert Unzufriedenheit und Selbstzweifel, sie fühlen sich als Versager und bedrückt. Folgt an Wochenenden oder in den Ferien keine Erholung, geht der Erschöpfungsprozess weiter. Bei der Arbeit treten mit der Zeit ähnliche Gefühle auf verbunden mit Zweifeln an den eigenen Kompetenzen. Dies ist ein kritischer Wendepunkt, weil hier der Teufelskreis der Depression in Gang kommt: Die Selbstzweifel erschweren die Arbeit zusätzlich und verhindern Erfolgserlebnisse. Das quälende Gedankenkreisen lässt die Betroffenen auch nachts nicht in Ruhe. Die Schlafstörungen rauben die dringend notwendige Erholung. Müdigkeit und Erschöpfung nehmen zu. Dies kann zu einer schweren Depression mit völligem Verlust der Leistungsfähigkeit und gefährlicher Suizidalität führen.

Die Erschöpfung führt zu einem *Verlust des Einfühlungsvermögens* (► Box 2.2), einem Kernmerkmal des Ausbrennens mit negativen Auswirkungen auf die Arbeit, weil die Betroffenen mit Kunden, Klienten oder Mitarbeitern nicht mehr mitfühlen können. Sie verlieren die Begeisterungsfähigkeit und Einsatzbereitschaft, weil die Energie fehlt. Das »Feuer der Begeisterung« erlischt, daher der Name »Burnout«. Es treten zudem Unlust und Gleichgültigkeit gegenüber der Arbeit und negative (entwertende) Gefühle gegenüber Kunden oder Mitarbeitern auf. Das Leiden der anderen berührt die Betroffenen nicht mehr. Oftmals reagieren sie unbeteiligt oder gar zynisch auf deren Anliegen, Bedürfnisse, Probleme oder Sorgen. Kunden oder Klienten werden nur noch als lästige, störende Eindringlinge gesehen, die es abzuwimmeln gilt. Die Betroffenen wirken abgehärtet oder herzlos (»dicke Haut«, »unberührbar«), verrichten die Arbeit routinemäßig, ohne das nötige Verantwortungsgefühl und wirken unpersönlich (»entpersonalisiert«). Befriedigung wird bestenfalls aus dem Lohn, der Freizeit und den Ferien gezogen. Die Betroffenen haben innerlich gekündigt und warten auf die Pensionierung. Vielleicht suchen sie eine neue Herausforderung durch einen Stellen- oder Berufswechsel. Lernen sie nicht – durch entsprechendes Coaching oder Psychotherapie –, ihr Leistungsverhalten zu verändern, besteht jedoch die Gefahr, dass sich am neuen Arbeitsplatz das Gleiche wiederholt. Bewusst und mit



■ **Abb. 2.3** Ursache des Burnouts: Störung der emotionalen Bilanz (Dysbalance)

Box 2.3: Verminderte Leistungsfähigkeit

- Erschöpfung und Müdigkeit
- Zweifel an den eigenen Kompetenzen
- Durchschlafstörungen, frühes Erwachen
- Appetitstörungen (Zu- oder Abnahme)
- Erhöhte Krankheitsanfälligkeit (Beeinträchtigung der Abwehrkräfte)
- Psychosomatische Beschwerden (Kopf-, Rücken-, Bauchschmerzen, FMS etc.)

Die Symptome weisen in Richtung einer *Depression* oder der *Somatisierung* (Entwicklung von funktionellen körperlichen Beschwerden).

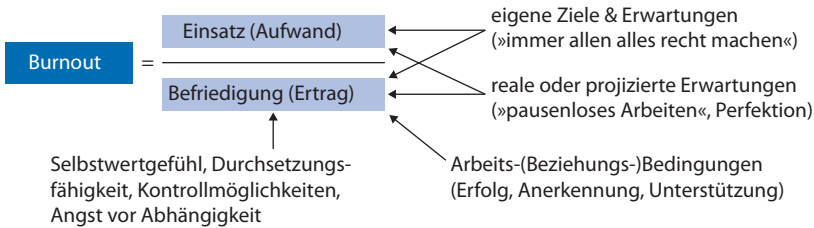
Maß angewandt können eine gewisse Abhärtung und Reduktion des Engagements ein sinnvolles Schutzverhalten gegen eine ungesunde Überforderung sein.

Die Zeichen der *verminderten Leistungsfähigkeit* (► Box 2.3) weisen ebenfalls in Richtung einer Depression – oder der Somatisierung. Das Immunsystem wird nachweislich durch anhaltenden Stress in seiner Funktion beeinträchtigt (Chrousos 2009), was die Anfälligkeit z. B. für banale Erkältungen erhöht verbunden mit schlechter Ausheilungstendenz und Neigung zu Komplikationen (Sinusitis, Pneumonie). Auch der Zusammenhang zwischen übermäßigem, lang dauerndem Stress und einer Vielzahl von körperlichen Symptomen ist physiologisch erklärbar (► Abschn. 5.1). Er kann sich in anderen körperlichen und psychischen Symptomen äußern wie Appetitstörungen (Zu- oder Abnahme), Verdauungsbeschwerden (z. B. chronische Verstopfung und Reizdarmbeschwerden), Schlafstörungen, Kopf- oder Rückenschmerzen. Oft treten mit der Zeit mehrere dieser Symptome auf, wenn das Stressniveau hoch bleibt; ein FMS entwickelt sich (► Abschn. 2.2).

Die drei Dimensionen können mit dem Maslach Burnout Inventory (Maslach und Jackson 1981, ► Abschn. 11.5) im Selbsttest erfasst werden, erlaubt allerdings nur eine subjektive Bewertung. Mit der relativ einfachen Überdrussskala nach Pines et al. (1985) lässt sich der Grad des Burnouts messen (► <http://www.selbstakademie.org/selbst-test/ues-ueberdrussskala-nach-pines-aranson-und-kafrj.html>). Die einzelnen Fragen (ohne Bewertung) sind in ► Abschn. 11.6 wiedergegeben.

2.1.3 Ursachen des Burnouts

Wenn trotz großen Einsatzes die *Befriedigung* durch die Arbeit ausbleibt und somit das persönliche Bedürfnis nach Anerkennung zu kurz kommt, weil zu wenige Erfolgserlebnisse eintreten, stimmt die *emotionale Bilanz* nicht, und es kommt zum Burnout (■ Abb. 2.3). Das Bild von Sisyphus, der sich abmüht, aber das Ziel nie erreicht, sondern immer wieder von vorn beginnen muss, stellt die Situation gut dar. Die Medizin kämpft erfolglos gegen Krankheiten, die chronisch werden oder rezidivieren, das Rechtssystem gegen Verbrecher, die rückfällig werden,



■ **Abb. 2.4** Ursache des Burnouts: Modulierende Faktoren

Box 2.4: Stress und Burnout: Modulierende Faktoren

Einsatz und Befriedigung sind von folgenden Faktoren abhängig:

- **Erwartungen und Ansprüche**
 - des Betroffenen (»Tendenz zur Selbstüberforderung«, »immer allen alles recht machen«)
 - der Kunden
 - des Betriebs (bewusste oder unbewusste Ausbeutung: Stress von oben, Sparmaßnahmen)
- **Umgang des Betroffenen mit diesen Erwartungen und Ansprüchen**
 - Selbstsicherheit, Durchsetzungs- und Abgrenzungsvermögen
 - Unrealistische Selbsteinschätzung, evtl. wegen Mangel an Anerkennung, Rückmeldungen und/oder Unterstützung
 - Zufriedenheit mit Arbeit, Lohn etc.

Hausfrauen und Hauswarte müssen zusehen, wie das geputzte Haus immer wieder verdreckt. Und niemand beachtet ihre Leistungen oder bedankt sich dafür.

Ziel der Therapie ist es, beeinflussbare Faktoren zu eruieren und zu verändern. Beim Aufwand sind der *emotionale* und der *zeitliche Einsatz* steuerbar, emotional in Form von Engagement für die Klienten, Kunden, Mitarbeiter und den Betrieb. Der zeitliche Einsatz wird durch eigene Ziele oder Erwartungen in Relation zu den realen oder vermuteten äußeren Erwartungen oder Anforderungen bestimmt. Befriedigung geben vor allem der direkte Erfolg der Arbeit, aber auch andere Formen der Anerkennung (z. B. Selbstverwirklichung in der Helferrolle, Gemeinschaftserlebnis in einer Institution wie Krankenhaus, Betrieb).

Unter einem Mangel an Rückmeldungen und Erfolgserlebnissen leiden vor allem Beschäftigte in medizinischen Berufen (z. B. Onkologen, Psychiater, Sozialarbeiter, Notfall- und Intensivpflegepersonal), die sich um Patienten mit schlechter Prognose kümmern, weil die Früchte der Arbeit kaum sichtbar sind, wenn z. B. Patienten trotz großen Einsatzes sterben oder, sobald es ihnen besser geht, verlegt oder entlassen werden. Die schwierigen Fälle, z. B. Patienten, bei denen Komplikationen auftreten, dagegen bleiben. Dies kann sehr frustrierend und belastend sein.

Weitere Einflussgrößen sind die subjektiven und objektiven Anforderungen sowie zusätzliche Faktoren, die von der Persönlichkeit des Helfers abhängig sind (► Box 2.4). Zu unterscheiden, welche Anforderungen von außen (Kunden, Klienten, Vorgesetzte etc.) und welche von innen (»hausgemacht« aufgrund von eigenem Pflichtbewusstsein, Hang zu Perfektionismus etc.) kommen, ist therapeutisch wichtig, da der eigene Anteil beeinflussbar ist, wie ■ Abb. 2.4 zeigt. Auch die vermuteten Anforderungen von außen kommen oft durch Projektionen zustande, wie der Umgang Massimos mit seinem Chef (► Fallbeispiel 2.2) oder die Bewältigung des Waschtages von Klara (► Fallbeispiel 3.9) zeigen. Auf die Rolle von unbewussten Ängsten, die hinter diesen eigentlich positiven und von anderen geschätzten Persönlichkeitsmerkmalen (»immer allen alles recht machen«) stecken, wird in ► Abschn. 5.2 ausführlich eingegangen.

2.1.4 Prädisposition für Burnout

Das Phänomen wurde erstmals um 1970 bei Sozialarbeitern in Hilfswerken und später bei Pflegefachkräften beobachtet. Eine erste Beschreibung des Phänomens wurde 1974 von Freudenbergler publiziert.

Es betrifft vor allem Menschen in Helferberufen im engeren Sinne, wie Krankenschwestern, Pfleger, Sozialarbeiter, aber auch Ärzte, Psychotherapeuten, Zahnärzte, Juristen, Polizisten, Lehrer und Angestellte in Dienstleistungsbetrieben, also allgemein Leute, die mit Klienten, Kunden oder Schülern zu tun haben. Es können aber auch Menschen mit anderen Aufgaben ihr Engagement und ihr Einfühlungsvermögen für Menschen, um die sie sich sorgen müssen, verlieren, z. B. Mütter und Väter für ihre eigenen Kinder. Das Ausbrennen trifft in erster Linie die älteren Berufstätigen, doch bei hoher Belastung kann es auch schon nach wenigen Jahren Berufstätigkeit auftreten (z. B. in Intensivpflegestationen oder staatlichen Sozialeinrichtungen). Betroffen sind die besonders engagierten und motivierten Helfer oder Mitarbeiter, was mit ihrem ursprünglich großen Engagement und ihren hohen Zielen zusammenhängt.

Bei der Arbeit mit kranken Menschen ist der Spielraum bei Ausmaß und Zeitpunkt des Einsatzes oft klein, da ein hoher Einsatz gefordert ist, um das Leiden rasch lindern zu können, wobei durch den medizinischen Fortschritt die Ziele immer höher gesteckt werden. Bisher unheilbare Krankheiten sind behandelbar geworden, allerdings oft nur mit enormem Aufwand. In den Medien wird den Patienten vorgegaukelt, es gebe eine (einfache) technische Lösung für alle gesundheitlichen Probleme (auch für die Erschöpfung) und ein langes durch Schmerz und Leid wenig beeinträchtigtes Leben sei die Norm. Auch die Erwartungen an Lehrer sind gestiegen, unzufriedene Eltern mischen sich rascher in Schulangelegenheiten ein und erwarten eine optimale Förderung ihrer Kinder mit allen Mitteln.

Aufgaben, die nicht wirklich zu bewältigen sind oder hoffnungslos scheinen (z. B. die Behandlung unheilbarer Krankheiten, komplexe psychosoziale Probleme wie Suchtkrankheiten, traumatische Ereignisse wie Verfolgung, Folter etc. bei Flüchtlingen), bei denen Helfer sich überfordert fühlen, stellen eine besondere Belastung dar. Diese Hilflosigkeit und Ausweglosigkeit zu erkennen und die Klienten damit zu konfrontieren, würde vor Burnout schützen. Doch vielen Helfern fehlt dieser Mut, und sie versuchen, Unmögliches zu erreichen. Sie zeigen zu hohen Einsatz und spüren nicht, dass dadurch Misserfolge vorprogrammiert sind. (Gute Führung durch Vorgesetzte oder Supervision können dies verhindern).

Auch die Arbeit in anderen Branchen kann überfordern, weil Ziele wie dauernde Umsatzsteigerung in einem gesättigten, von konkurrierenden Anbietern hart umkämpften Markt (z. B. Telekommunikation) fast nicht möglich sind, weshalb auch Spitzenmanager an diesen Aufgaben scheitern. Der Suizid eines solchen Topverdieners war in den Medien sehr präsent, über die Häufung von Selbstmorden bei anderen Mitarbeitern wird kaum berichtet.

Das Ausbleiben von Erfolgserlebnissen fördert das Gefühl des Versagens und der Unzufriedenheit. Es wird aber verdrängt oder als Zeichen der Schwäche gedeutet, vor allem von Männern. Das im Vorwort erwähnte Beispiel illustriert, wie beschämend heute teilweise die »Diagnose« eines Burnouts erlebt wird, geschweige denn die einer Depression. Der Zwang, stark und unabhängig zu sein, macht es unter Umständen unmöglich, sich helfen zu lassen. Rollenkonflikte (z. B. das Bedürfnis, auf der einen Seite wohlwollend und verständnisvoll zu sein und auf der anderen Seite harte Forderungen stellen zu müssen) oder Rollenambiguität (»unmögliche« Aufgabenstellungen) fördern das Ausbrennen ebenfalls, denn auch sie vereiteln Erfolgsergebnisse.

Die beschriebenen Situationen lassen außerdem erkennen, welche bedeutende Rolle die schützenden (salutogenetischen) Persönlichkeitsmerkmale spielen (► Abschn. 5.2). Sie reichen aber nicht aus, um in solchen Situationen vor dem Burnout gefeit zu sein, ohne dass die Ziele und Erwartungen angepasst werden. Unter Umständen mag es aber auch richtig sein, eine solche Aufgabe nicht zu lange auszuüben oder – wie erwähnt – dies nur mit guter sozialer Unterstützung durch Vorgesetzte und Supervision zu tun. Sozialberufe haben den Vorteil, dass Supervision hier etabliert ist. »Job Coaching« wird in anderen Branchen zu wenig beansprucht, nicht zuletzt weil den Betroffenen die Zeit dafür fehlt. (Auch Heinrich in ► Fallbeispiel 5.2 brach die Therapie wegen Zeitmangels ab, wobei sie auch nicht mehr so notwendig war).

Ist man in der Lage, sich relativ bescheidene Ziele zu setzen, können auch nicht lösbare Aufgaben zufriedenstellend sein. Oft sind sich die Klienten der Aussichtslosigkeit der Lage genauso bewusst wie die Helfer und sind diesen sehr dankbar, wenn sie von ihnen nicht fallen gelassen werden. So kann die Begleitung Sterbender oder chronisch Kranker (z. B. Schmerzpatienten) eine herausfordernde, belastende, aber auch dankbare Aufgabe sein, wenn es gelingt, die Ziele anzupassen. Unrealistisch wäre, dem Sterbenden den Schmerz und die Trauer über den kommenden Tod nehmen zu wollen. Realistisch ist es, ihn in diesem Prozess zu begleiten, mit ihm über seine Ängste und den bevorstehenden Tod zu sprechen und ihn so zu unterstützen, offen darüber zu reden und z. B. in Ruhe von seinen Angehörigen Abschied zu nehmen können, was leider bedingt durch die Vermeidung solcher Gespräche oft verpasst wird.

Damit ist schon angeklungen, dass das Ausbrennen seine Wurzeln im Umgang des Einzelnen mit den Belastungen durch die Arbeit hat: Gefährdet sind Menschen, die mit sich – aber nicht mit den anderen – hart und fordernd sind. Sie verlangen viel von sich in Sachen Qualität und Quantität der Leistung, zeigen zu viel Hilfsbereitschaft und Engagement. Häufig mangelt es ihnen an Abgrenzungsvermögen, sodass sie mit Arbeit überhäuft werden, weil sie sich schlecht wehren können. Sie werden im Gegensatz zu den depressiv Reagierenden aufgrund ihrer Leistungen geschätzt, sind nützlich für die anderen und begehrt. Oft sind sie überzeugt, dass nur sie bestimmte Leistungen erbringen können, und fühlen sich unentbehrlich. Sie sind nie zufrieden mit sich, und ihr Einsatz wird oft von niemandem (Vorgesetzte, Auftraggeber, Kunden) gewürdigt. Hilfe von anderen zu erbitten, fällt ihnen schwer, unter anderem weil sie überzeugt sind, dass sie keine Hilfe erhalten würden. ► Fallbeispiel 1.2 und vor allem der Nachttraum von Tamara (► Box 5.3) illustrieren dies. Diese Menschen zeichnen sich also durch eine *Tendenz zu Selbstüberforderung* aus (► Box 5.2).

Bei der Berufswahl von Helfern spielen nicht selten bestimmte Persönlichkeitszüge (»Helferpersönlichkeit«) eine Rolle, wobei das Mitgefühl aufgrund persönlicher Erlebnisse zugleich hilfreich wie gefährlich sein kann. Zur Helferrolle tendieren daher oft Menschen, die schon früh gelernt haben, für andere da zu sein und ihnen jene Zuwendung zu geben, die sie selbst vermisst hatten. Vielfach spielt auch ein ausgeprägter Gerechtigkeitssinn eine Rolle dabei, dass Menschen sich für einen Beruf entscheiden, in dem sie benachteiligten Menschen helfen können. Sich um schwache und kranke Menschen zu kümmern, kann aber auch den unbewussten Vorteil bringen, dass diese Menschen von einem abhängig sind und man von ihnen daher auch nicht verlassen wird.

In den Lebensgeschichten von ausgebrannten Helfern (aber auch Managern etc.) finden sich häufig Konstellationen, die sie im positiven wie negativen Sinne auszeichnen: Hilfsbereitschaft bis hin zu überbehütendem Verhalten und Selbstüberforderung, vielfach verbunden mit der Unfähigkeit, Forderungen an andere zu stellen und Wünsche anderer abzuweisen, sowie eine Tendenz, aggressiven Konflikten aus dem Wege zu gehen. Dazu kommt oft die Anforderung an sich selbst, es besser zu machen als andere, perfekt zu sein und allen helfen können

Müdigkeit, Erschöpfung und Schmerzen ohne
ersichtlichen Grund
Ganzheitliches Behandlungskonzept für somatoforme
Störungen

Keel, P.

2015, XIII, 244 S. 24 Abb., 22 Abb. in Farbe., Hardcover

ISBN: 978-3-642-55429-2