

Burnout und Erschöpfungsdepression

Burnout ist ein stressbedingtes psychosomatisches Syndrom und zeigt eine hohe Überlappung mit Depression. Wie äussert sich Burnout und welche Risikofaktoren begünstigen seine Entstehung? Unterscheidet sich Burnout überhaupt von einer Depression? Weist die Depression, die mit Burnout einhergeht, Besonderheiten auf? Entspricht sie einer Erschöpfungsdepression? Müssen bei einer Depression, die mit Burnout einhergeht, therapeutisch besondere Aspekte berücksichtigt werden?

Foto: z/vg



Barbara Hochstrasser

von Barbara Hochstrasser

Begriffsentwicklung – Erschöpfungsdepression und Burnout

Der Begriff der Erschöpfungsdepression wurde von J. E. Staehelin (1) und P. Kielholz (2) in den 1950er-Jahren geprägt. Staehelin bemerkt in seiner Publikation von 1955 (1), dass die Depressionszustände mit der Hochkonjunktur der 1950er-Jahren zugenommen hätten, im Gegensatz zu den Kriegs- und Nachkriegsjahren. Vier Kardinalsymptome sind gemäss Staehelin charakteristisch für eine Depression: «Hemmung des Denkens, gedrückte, ängstliche oder apathische Verstimmung, Hemmung der Triebe und des Willens und damit des Handelns».

Er unterscheidet zwischen endogenen und reaktiven Depressionen, eine Sichtweise, die der heutigen Ansicht gewichen ist, dass Depression durch eine Mischung aus (epi-)genetischer Vulnerabilität und psychosozialen Faktoren bedingt ist. Nach Staehelin würden reaktive Depressionen besonders nach dem 50. Lebensjahr auftreten und könnten durch neurasthenische, stimmungs-labile, ängstlich-sensitive und hysterische Charakterzüge ausgelöst werden, aber auch durch das gehetzte Dasein des modernen Menschen. Viele der Betroffenen würden zu den Perfektionisten, Neurotikern oder zu den über-gewissenhaften, sich einseitig für den Beruf opfernden Menschen zählen. Bei gewissenhaften, mit Arbeit und Verantwortung überlasteten Menschen könnten häufig Erschöpfungsdepressionen beobachtet werden, die sich durch Ein- und Durchschlafstörungen, Überempfindlichkeit der Sinnesnerven, vegetative Dystonie und eine ängstliche Depression auszeichneten (1).

Der Begriff Burnout wurde von Herbert Freudenberger (3) geprägt. Er beobachtete an sich und seinen Kolle-

gen, mit denen zusammen er zusätzlich zur psychoanalytischen Praxis abends unentgeltlich eine sozial-psychiatrische Ambulanz betrieb, emotionale Veränderungen, Verhaltensauffälligkeiten und körperliche Symptome, die er als Folge eines Ausbrennens auf Grund eines überhöhten Engagements wahrnahm. Den Zustand definierte er als Burnout, einen «Prozess der Erschöpfung durch exzessive Anforderungen an die Energien, die Kräfte und die Ressourcen des Betroffenen.» Die Symptome beschrieb er als individuell variabel, mit Erschöpfung, Schlafstörungen, Infektionsanfälligkeit, Magen- und Darmbeschwerden, Depressivität, Reizbarkeit, geringer Flexibilität, Misstrauen und ausgeprägtem Zynismus.

Burnout

Seit der ursprünglichen Beschreibung von Burnout durch Herbert Freudenberger haben sich verschiedene Forscher mit dem Phänomen Burnout auseinandergesetzt. Maslach und Jackson (4) fanden in verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheits- und Schulwesen, die sie bezüglich ihrer subjektiven Erfahrung von Belastungen am Arbeitsplatz untersuchten, ein ähnliches Zustandsbild wie Freudenberger, das sie ebenfalls als Burnout bezeichneten. Um dieses Phänomen zu erfassen, entwickelten sie einen Fragebogen, das Maslach Burnoutinventar (5). Dieses beschreibt Burnout in 3 Dimensionen: Emotionale Erschöpfung, Zynismus oder Demotivation und die subjektive Einschätzung, weniger leistungsfähig zu sein. Das für Untersuchungen in der allgemeinen Bevölkerung angepasste Maslach Burnout Inventar-General Survey (MBI-GSS) (6), wurde in der Folge zum meist verwendeten Fragebogen zur Erfassung von Burnout, obschon das Instrument wegen einiger methodologischen Mängel auch kritisch beurteilt wurde.

Hobfoll und Shirom (7) sahen Burnout als das Resultat eines allmählichen Verbrauchs der intrinsischen Ressourcen und Energien eines Individuums aufgrund chronischer Stressbelastungen am Arbeitsplatz. Sie beschrieben 3 Dimensionen von Burnout: a) Verlust der körperlichen Energie, was sich in körperlichen Mattigkeit und der Unfähigkeit, sich zu erholen, ausdrückt, b) Verlust der mentalen Energie, was sich als Konzentrations- und Gedächtnisstörungen manifestiert, und c) Verlust der emotionalen Energie, was sich als reduziertes Einfühlungsvermögen und sozialen Rückzug ausdrückt. Die Erschöpfungskomponente betrachteten sie als die wichtigste Manifestation von Burnout. Ihr Fragebogen, die Shirom-Melamed-Burnout Measure (SMBM) wird ebenfalls häufig eingesetzt.

Es gibt eine grosse Anzahl unterschiedlicher Burnoutdefinitionen, verbunden mit entsprechenden Erfassungsinstrumenten, die verschiedene Autoren mit unterschiedlichem Fokus und Methodologie entwickelt. Das erschwert die Forschung über Burnout, dessen Epidemiologie und über allfällige assoziierte Ursachen und Folgen.

Korczak und Huber (8) kamen in einer komprimierten Darstellung einer Review des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information zur Definition und Messung von Burnout (HTA-Bericht) zum Schluss, dass trotz unterschiedlicher Definitionen von Burnout und dessen relevanten Symptomen mehrere Kernelemente des Burnoutsyndroms festgestellt werden können:

- körperliche, emotionale und geistige Erschöpfung
- Entfremdung (von Klienten und Arbeit)
- Arbeitsbelastung
- unerfüllte Bedürfnisse und Erwartungen
- fehlgeschlagene Arbeitsanpassung.

Burnout, ursprünglich ein arbeitspsychologisches Konzept, wurde vermehrt als ein klinisches Syndrom mit zunehmendem Schweregrad wahrgenommen, das bei schwerer Ausprägung durchaus Krankheitswert hat. Im

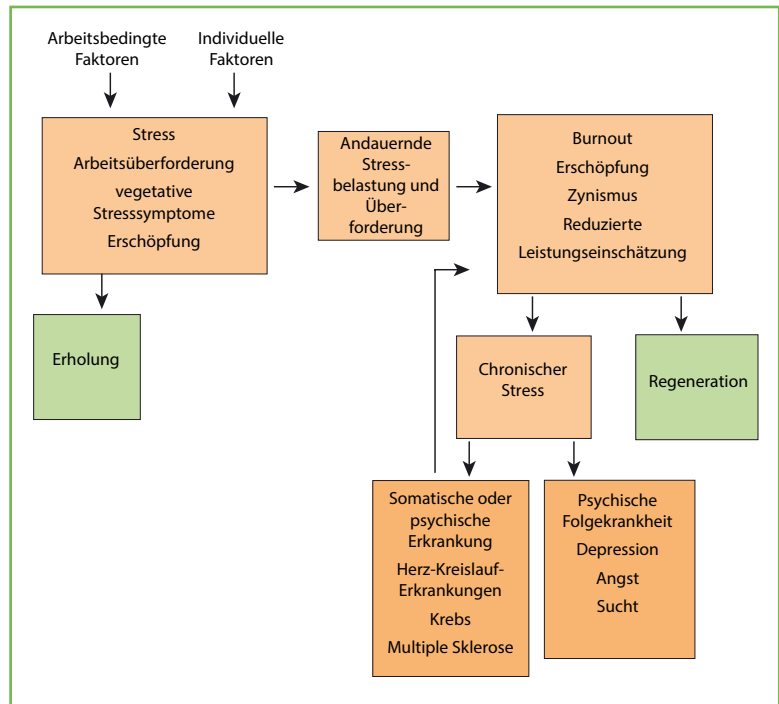


Abbildung: Position der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) zu Burnout nach Berger et al. (2012)

Rahmen der Medizinischen Nomenklatur nach ICD-10 (9) wird Burnout unter dem Code Z73.0 «Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten in der Lebensbewältigung» als «Ausgebranntsein (Burnoutsyndrom)» klassifiziert. Die ICD-11 (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2022 [10]) führt Burnout mit dem Code QD85 als «qualifizierende Diagnose» unter der Rubrik «Faktoren, die die Gesundheit oder die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten beeinflusse» und unter «Problematik in Verbindung mit Berufstätigkeit oder Arbeitslosigkeit» auf. Sie definiert Burnout als ein

Tabelle 1: Symptombereiche von Burnout

Psychische Symptome	Körperliche und vegetative Symptome	Kognitive Symptome	Motivationale Symptome	Verhaltensauffälligkeiten
Reizbarkeit Nervosität Unruhe Niedergestimmtheit Ängstlichkeit Schreckhaftigkeit Grübeln Selbstzweifel Panik Dünnhäutigkeit Verletzlichkeit	Erschöpfung Erholungsunfähigkeit reduzierte Belastbarkeit Kopfschmerz Tachykardie, Schwindel, Reizsensibilität Infektanfälligkeit gastrointestinale Störungen Ein- und Durchschlafstörungen Schwitzen	Konzentrationsstörungen Gedächtnisstörungen Störungen der Aufmerksamkeit Störungen der Exekutivfunktionen (z. B. Verlust der Fähigkeit zum Multitasking)	Verlust des Interesses an der Arbeit oder an persönlich gewinnbringenden Aktivitäten Unfähigkeit, sich auf andere einzulassen Zynismus Abwertung von anderen Menschen und von vorher positiven Situationen	Hyperaktivität oder reduzierte Aktivität sozialer Rückzug Selbstbeobachtung Konzentration auf sich selbst Unaufmerksamkeit Tendenz zu Fehlern und Unfällen reduzierte Leistungsfähigkeit Verlust der Stress-toleranz

Tabelle 2:
Risikofaktoren für Burnout

Arbeitsbezogene Risikofaktoren	Individuelle Risikofaktoren
hohe Arbeitslast Mangel an Autonomie fehlende Belohnung Mangel an Gemeinschaft fehlende Fairness Wertekonflikte (16)	idealistische Erwartungen an sich selbst Perfektionismus, Ehrgeiz starkes Anerkennungsbedürfnis stete Bemühung, es anderen recht zu machen, Unterdrückung der eigenen Bedürfnisse Gefühl, unersetzbar zu sein Verausgabungsbereitschaft und Selbstüberforderung
hohe emotionale und quantitative Anforderungen bei der Arbeit hohes Arbeitstempo geringe Entwicklungsmöglichkeiten geringe Vorhersehbarkeit von Ereignissen hohe Rollenkonflikte (18)	Arbeit als einzige Sinnerfüllung, Arbeit als Ersatz für soziales Leben geringer Selbstwert mit kompensatorischem Leistungsstreben geringes Selbstwirksamkeitsgefühl bei äusserer Kontrollüberzeugung (17)
grosse Diskrepanz zwischen Arbeitsanforderungen und Kontrolle (20, 21)	interpersonelle Sensibilität interpersonelle Probleme hohe Kränkbarkeit aufopfernde Haltung mangelnde Konfliktfähigkeit ängstlich-unsicherer Bindungsstil (22)
hohe Arbeitsanforderungen bei Mangel an Arbeitsressourcen (23)	Neurotizismus Gewissenhaftigkeit (5 Faktoren Persönlichkeitsmerkmale) (24–26)
Ungleichgewicht bei Arbeitsaufwand und Ertrag (Gratifikationskrise) (19)	Narzissmus (27)
Verletzung des Selbstwerts durch illegitime Aufgaben (28)	mangelnde motivationale Zielerreichung geringe emotionale Kompetenz interpersonelle Probleme emotionsorientierter Bewältigungsstil komorbide Persönlichkeitsstörung (29)

Syndrom, das als Folge von chronischem Stress am Arbeitsplatz, der nicht erfolgreich bewältigt werden konnte, entsteht. Das Burnout-Syndrom ist nach ICD-11 durch drei Dimensionen gekennzeichnet:

- a. Gefühle der Erschöpfung oder Energieerschöpfung
- b. erhöhte mentale Distanz zur Arbeit oder Gefühle von Negativismus oder Zynismus in Bezug auf die Arbeit
- c. ein Gefühl der Ineffektivität und des Mangels an Leistung.

Zudem betont die ICD-11, dass der Begriff Burnout sich speziell auf Phänomene im beruflichen Kontext bezieht und nicht zur Beschreibung von Erfahrungen in anderen Lebensbereichen herangezogen werden soll.

Diese Eingrenzung auf arbeitsbezogenen Stress ist jedoch insofern problematisch, als Stress durchaus auch im privaten Kontext entstehen und sich ebenso schädlich für die Gesundheit erweisen kann. So wird heutzutage auch über «Eltern-Burnout» (11, 12) publiziert, und ebenfalls bei Schülern wurde Burnout beschrieben (13, 14).

In einem 2012 veröffentlichten Positionspapier bezeichnete die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (15) Burnout als einen Risikozustand, der als Folge von chronischem Stress entsteht, bei Weiterbestehen der Stressbelastung zunehmend einen ausgeprägten Schweregrad aufweist und zu psychischen und somatischen Folgestörungen führt. Körperliche Erkrankungen ihrerseits können Stressoren darstellen und die Entstehung eines Burnouts begünstigen (Abbildung). Burnout ist eine Stressbelastungsstörung, die sich prozesshaft in der Auseinandersetzung mit Stress am Arbeitsplatz (oder auch im persönlichen Umfeld) entwickelt. Es stellt sich als psychosomatisches Syndrom mit unterschiedlicher Ausprägung in Abhängigkeit des Schweregrads und der individuellen Neigung dar. Ausgehend von einer Stressbelastung kann Burnout bei chronischer Stressexposition mit zunehmendem Schweregrad zu verschiedenen psychischen und physischen Störungen und Erkrankungen, insbesondere zu Depression führen. **Prägende Merkmale von Burnout sind eine physische, psychische und kognitive Erschöpfung, gepaart mit vegetativen Symptomen, Motivationsverlust und Leistungsminderung. Dabei finden sich individuell teils unterschiedliche Symptome in den folgenden Symptombereichen, die in Tabelle 1 dargestellt sind.**

Risikofaktoren für Burnout

Als Risikofaktoren für die Entwicklung eines Burnouts wirken sowohl arbeitsbezogene Belastungen als auch individuelle Charakteristika. Diese sind in Tabelle 2 dargestellt.

Soziale Unterstützung als gesundheitsfördernder Faktor

Soziale Unterstützung, nach Temam (30) ein mehrdimensionales Konzept, umfasst die tatsächlich erhaltene Unterstützung durch andere Menschen oder die Gewissheit, dass diese bei Bedarf verfügbar sind. Soziale Unterstützung kann sich als emotionale, instrumentelle, informative oder finanzielle Unterstützung äussern und aus unterschiedlichen Quellen herrühren. Wie viele Untersuchungen darlegen, ist soziale Unterstützung gesundheitsfördernd (31). Soziale Unterstützung, sowohl aus dem privaten Lebensbereich als auch aus dem beruflichen Umfeld, erwies sich als protektiv bezüglich der Entwicklung einer Depression oder eines Burnouts (30, 32, 33).

Erschöpfungsdepression

Die starke Überlappung von Burnout und Depression wurde in zahlreichen Studien beschrieben (34–36). In einer Querschnittsuntersuchung einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe in Finnland (37) hatten 7,5% der Probanden, die keine Symptome eines Burnouts aufwiesen, eine Depression. Probanden mit einem mil-

den Burnout litten zu 20,3% an einer Depression, Probanden mit einem schweren Burnout zu 52,9%. Die häufigste Depressionsform war die Major Depression, gefolgt von milderen Depressionsformen. Dies legt nahe, dass bei zunehmendem Schweregrad des Burnouts die Überlappung mit einer Depression zunimmt, oder dass Burnout mit zunehmendem Schweregrad zu einer Depression führt.

Allerdings ist die Beziehung von Burnout und Depression komplex. So kommen mehrere Studien zum Schluss, dass Burnout zu Depression führt, also ein Risikofaktor für Depression oder eine Vorstufe der Depression darstellt (13, 38–40). Andere Untersuchungen folgern eher, dass Depression die Entwicklung von Burnout begünstigt (41, 42). Es kann sich aber auch um eine bidirektionale Beziehung zwischen Burnout und Depression handeln. Diese Sichtweise wird durch vier longitudinale Studien bestätigt (13, 35, 43, 44). So könnte Depression oder eine Vulnerabilität zur Depression die Entstehung von Burnout begünstigen, wie eine Studie von Nyklicek (45) nachweist. Eine solche bidirektionale Beziehung bezeichnen Bianchi et al. (46) als «keine zirkuläre kausale Beziehung».

Bianchi et al. (46) kamen in einer Übersichtsarbeit von 92 Studien zum Schluss, dass Burnout und Depression sehr verwandte Konzepte sind und sich aus verschiedenen Blickwinkeln kaum unterscheiden lassen. Bei der Untersuchung der empirischen Evidenz für eine Unterscheidung von Burnout und Depression zeigten sie auf, dass Burnout in seiner klinischen Form die Symptome einer Depression aufweist. Allerdings fanden sie in einer faktoranalytischen Untersuchung auch Unterschiede zwischen Burnout und Depression.

Diese Befunde legen nahe, dass ein schweres Burnout in der Regel prominente depressive Symptome aufweist und sich Burnout und Depression in diesem Stadium nicht mehr unterscheiden. Es zeigt sich in der klinischen Beobachtung jedoch, dass eine Depression, die mit Burnout einhergeht, zusätzlich zu den typischen Symptomen einer Depression spezifische Merkmale aufweist. Dazu gehören eine starke Reizsensibilität, langdauernde ausgeprägte Erschöpfung, reduzierte Belastbarkeit und prominente kognitive Störungen, die oft die Remission des depressiven Affekts überdauern (47). Residuale Symptome erhöhen das Risiko für Rückfälle (48) und müssen daher besonders beachtet werden. Dieses Zustandsbild entspricht der von Staehelin und Kielholz beschriebenen Erschöpfungsdepression (Tabelle 3). Im Rahmen der ICD-11 lässt sich eine Erschöpfungsdepression als Depressive Störung mit dem qualifizierenden Code «QD85 Burnout» klassifizieren.

Therapie der Erschöpfungsdepression

Die Behandlung einer Erschöpfungsdepression muss neben der Psycho- und Pharmakotherapie auch eine aktive Unterstützung des Patienten in der Auseinandersetzung mit dem Energiemangel, der reduzierten Belastbarkeit und der Reizsensibilität beinhalten. Der Patient muss lernen, sich nicht über seine Kräfte zu verausgaben und sich nicht zu starken Reizen auszusetzen. Dazu dient ein tägliches Monitoring von Energie, Anspannung und Stimmung sowie der Aktivitäten, um so das verträgliche Mass an Belastung zu erkennen und danach eine entsprechende Anpassung der Tagesaktivi-

Tabelle 3:

Charakteristika einer Erschöpfungsdepression

Symptome einer depressiven Episode nach ICD-10	Besonderheiten bei Erschöpfungsdepression
Affektive Symptome	
Niedergeschlagenheit	Anamnese eine chronischen Stressbelastung häufig zusätzlich hohe Ängstlichkeit, gelegentlich Panik
Freudlosigkeit	
Interessenlosigkeit	
Somatische Symptome	
Schlafstörung, Früherwachen	ausgeprägte und langdauernde Erschöpfung langdauernd reduzierte Belastbarkeit langdauernde Stressintoleranz vegetative Labilität hohe Reizsensibilität hohe Anspannung und Nervosität rasche kognitive Ermüdung ausgeprägte und langdauernde kognitive Störungen
Energiemangel	
Antriebsmangel	
Verlust des sexuellen Interesses	
Appetitstörungen	
psychomotorische Agitiertheit oder Verlangsamung	
kognitive Störungen	
Weitere häufige Symptome	
Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen	Demotivierung Zynismus Leistungsminderung Gefühl des Scheiterns Überforderungsgefühle
Schuldgefühle	
Gefühle der Wertlosigkeit	
Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit	
negative Zukunftsperspektive	
Suizidalität (Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung, Suizidhandlung)	

tät vorzunehmen (Pacing). Nur so gelingt es, allmählich eine bessere Belastbarkeit aufzubauen.

Die Therapie einer Erschöpfungsdepression sollte sich zudem an den S3-Leitlinien zur Behandlung der unipolaren Depression orientieren (siehe QR-Link) (Stand 29.9.2022). Wie Gensichen et al. (49) ausführen, ist es ratsam, bei Vorliegen einer mittelschweren unipolaren Depression und zwingend bei Vorliegen einer schweren unipolaren Depression sowohl Psychotherapie als auch Pharmakotherapie zur Behandlung einzusetzen.

Pharmakotherapie der Erschöpfungsdepression

Zur Pharmakotherapie der Erschöpfungsdepression eignen sich vornehmlich Antidepressiva mit selektivem Wirkmechanismus und geringem Nebenwirkungspotenzial. Gemäss den S3-Leitlinien sollte ein Antidepressivum nach dem Sicherheits- und Interaktionsprofil, der Verfügbarkeit der Substanz, der Vorliebe des Patienten, der Erfahrung des Behandlers, allfälliger Komorbidität und Handhabbarkeit gewählt und umsichtig hinsichtlich Wirksamkeit und Nebenwirkungen beobachtet werden. Da Patienten mit einer Erschöpfungsdepression meist sehr sensibel auf Nebenwirkungen sind, ist ein langsames Aufdosieren bis zur wirksamen Dosis ratsam. Bei Vorliegen ausgeprägter kognitiver Störungen eignen sich besonders dual wirksame Substanzen wie Duloxetin (Cymbalta®) und Venlafaxin (Efexor®) (50) oder



QR-Link:
S3-Leitlinie unipolaren Depression (2022)
www.rosenfluh.ch/qr/s3unipolare-depression

Merkmale:

- **Burnout ist ein stressbedingtes psychosomatisches Syndrom, gekennzeichnet durch eine physische, psychische und kognitive Erschöpfung, gepaart mit vegetativen Symptomen, Motivationsverlust und Leistungsminderung.**
- **Burnout ist mit zunehmendem Schweregrad ein Risikofaktor für die Entwicklung psychischer und somatischer Störungen, vorwiegend für eine Depression.**
- **Ein schweres Burnout überlappt mit der Depression. Es besteht eine Erschöpfungsdepression.**
- **Die besonderen Merkmale einer Erschöpfungsdepression sind schwere und langdauernde Erschöpfung, langdauernd reduzierte Belastbarkeit, hohe Reizsensibilität, vegetative Labilität, rasche kognitive Ermüdung, langdauernde kognitive Störungen. Diesen muss in der Therapie Rechnung getragen werden.**

Vortioxetin (Brintellix®) (51), da sich diese als wirksamer bezüglich kognitiver Störungen erwiesen haben. Manche Patienten bevorzugen pflanzliche Medikamente wie Johanniskraut. Bei ungenügendem Ansprechen auf eine pflanzliche Substanz senkt diese jedoch oft die Schwelle zur späteren Einnahme eines synthetischen Antidepressivums.

Die oft vorliegenden Schlafstörungen können entweder mit Mirtazapin (Remeron®) oder bei Gabe eines nicht sedierenden Antidepressivums als Hauptmedikament meist effektiv mit kleinen Dosen atypischer Neuroleptika, wie Quetiapin (Seroquel®) oder Olanzapin (Zyprexa®) oder sedierender Antidepressiva wie Trimipramin (Surmontil®) oder Trazodon (Trittico®) sowie Agomelatin (Valdoxan®) oder Melatonin (Circadin®) behandelt werden.

Psychotherapie der Erschöpfungsdepression

Die Evidenz einer Wirksamkeit bei stressbelasteten Personen ist für kognitiv-behaviorale Interventionen am robustesten, wobei auch ein Fitnesstraining eine gewisse Wirksamkeit, vor allem bezüglich physiologischer Parameter, aufweist (52). Generell liegt für kognitive behaviorale Verfahren hinsichtlich der Wirksamkeit einer störungsspezifischen Psychotherapie auch bei Burnout die beste wissenschaftliche Evidenz vor, wobei die Datenlage noch ungenügend ist [53, 54] ((Autorin: beste Evidenz oder ungenügende Datenlage?)). Es ist daher anzunehmen, dass auch andere Therapieansätze wirksam sein können.

Ziel der Psychotherapie muss sein, den Patienten zu befähigen, bald wieder wichtige Ziele im persönlichen und beruflichen Kontext zu verfolgen und sich dabei wirksam zu erleben. Bei Vorliegen spezifischer Risikofaktoren (Tabelle 2) orientiert sich die Psychotherapie anhand dieser Risikofaktoren, im Bemühen, eine konstruktive Auseinandersetzung mit Herausforderungen, interpersonellen Schwierigkeiten, der Regulation von Emotionen und dem Umgang mit Konflikten zu erwirken sowie die übermäßige Leistungsorientierung zu relativieren. Dazu können auch spezifische therapeutische Verfahren wie ACT (55), das Training emotionaler Kompetenzen nach Berking (56) oder ein soziales Kompetenztraining in der Gruppe nach Hinsch und Pfingsten (57) eingesetzt werden. Bei Mangel an Selbstwert, Selbstmitgefühl und Selbstwirksamkeit lässt sich auf die

Anregungen von Herbold und Sachse (58), Neff (12) und Flückiger und Wüsten (59) zurückgreifen. Der Einsatz von achtsamkeitsbasierten Verfahren wie MBSR (60) oder das Beziehen von spezifischen Manualen zur Erhöhung von Stresskompetenz (Kaluza [61]) sind hilfreiche Impulse für die Entwicklung von Gelassenheit und konstruktiven Einstellungen.

Weitere Bausteine in der Behandlung einer Erschöpfungsdepression sind Sport, der nicht nur dem physiologischen Stressabbau dient, sondern sich auch als wirksam gegen Depression erwiesen hat (62, 63), sowie Entspannungsübungen wie autogenes Training (64), progressive Muskelrelaxation (65, 66) und Biofeedback (67).

Korrespondenzadresse:

**Dr. med. Barbara Hochstrasser
Chefärztin**

**Zentrum für seelische Gesundheit
Privatklinik Meiringen**

**Ambulatorium Bern
Laupenstrasse 5A**

3008 Bern

E-Mail: barbara.hochstrasser@privatklinik-meiringen.ch

Interessenskonflikte: Die Autorin deklariert eine Mitgliedschaft im Advisory Board zu Vortioxetin von Lundbeck Pharma.

Literaturverzeichnis

1. Staehelin JE: Über Depressionszustände. Schweiz Med Wochenschr. 1955;50:1205-1209.
2. Kielholz P: Diagnostik und Therapie der depressiven Zustandsbilder. Schweiz Med Wochenschr. 1957;5:107-110.
3. Freudenberg HJ: Staff Burn-out. J Social Issues 1974;30:159-165.
4. Maslach C et al.: The measurement of experienced burnout. Journal of occupational behaviour. 1981;2:99-113.
5. Maslach C et al.: Maslach Burnout Inventory. In: Evaluating stress: A book of resources. Zalaquett CP and Wood RJ (Eds.). 3rd edition, 1997, Scarecrow Education. 191-218.
6. Schaufeli et al.: The Maslach Burnout Inventory – General Survey. In: MBI Manual. Maslach C et al.: (Eds.). (3rd ed.)1996, Consulting Psychologist Press,Palo Alto.
7. Shirom A: Burnout in work organizations. International review of industrial and organizational psychology. ed. C.L. Cooper and I.T. Robertson. 1989, Wiley: New York. 25/48.
8. Korczak D et al.: Burn-out: Kann man es messen? Bundesgesundheitsblatt. 2012;55:164-171.
9. Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, ed. Dilling H et al. 1993, Bern: Hans Huber Verlag
10. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. B. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-11 (deutsche Entwurfsfassung) 2022. https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html;jsessionid=8F3D339C9CAC512936E554400BF05785.internet271.Letzter%20Abruf:17.2.23.
11. Mikolajczak et al.: Consequences of parental burnout: Its specific effect on child neglect and violence. Child Abuse Negl. 2018;80:134-145.
12. Blanchard MA et al.: A network approach to parental burnout. Child Abuse Negl. 2021;111:104826.
13. Salmela-Aro K et al.: Depressive symptoms and school burnout during adolescence: evidence from two cross-lagged longitudinal studies. J Youth Adolesc. 2009;36(10):1316-1327.
14. Salmela-Aro K et al.: School burnout and engagement in the context of demands-resources model. Br J Educ Psychol. 2014;84(Pt 1):137-151.
15. Berger M et al.: Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Thema Burnout. 2012.
16. Leiter MP et al.: Six areas of worklife: a model of the organizational context of burnout. Journal of Health and Human Service Administration JHHS. 1999;472-489.
17. Kaschka WP et al.: Modediagnose Burnout. Deutsches Ärzteblatt, 2011;108(1):1-26.
18. Borritz M et al.: Psychosocial work characteristics as predictors for burnout: findings from 3-year follow up of the PUMA Study. Journal of Occupational and Environmental Medicine. 2005;47(10):1015-1025.
19. Siegrist J: Berufliche Gratifikationskrisen und depressive Störungen – Aktuelle Forschungsevidenz. Nervenarzt 2013;84:33-37.

20. Karasek Jr RA: Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*. 1979;24: 285-308.
21. Karasek R et al.: *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life 1990*, New York: Basic Book, New York.
22. Schramm E et al.: Interpersonelle Psychotherapie bei arbeitsbedingten depressiven Erkrankungen. *Der Nervenarzt*. 2013;84(7):791-798.
23. Bakker AB et al.: Job demands–resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2017;22(3):273-285.
24. Geuens N et al.: Vulnerability to burnout within the nursing workforce-The role of personality and interpersonal behaviour. *J Clin Nurs*. 2017; 26(23-24):4662-4633.
25. van der Wal RAB et al.: Psychological distress, burnout and personality traits in Dutch anaesthesiologists: A survey. *Eur J Anaesthesiol*. 2016;33(3):176-186.
26. Prins DJ et al.: The relationship between burnout, personality traits, and medical specialty. A national study among Dutch residents. *Med Teach*. 2019;41(5):584-590.
27. Schwarzkopf K et al.: Empirical evidence for a relationship between narcissistic personalitytraits and job burnout. *Burnout Research*. 2016;3:25-33.
28. Semmer NK et al.: Stress as offense to self: a promising approach comes of age. *Occupational Health Science*. 2019;3:205-238.
29. Pallich G et al.: Burnout Subtypes: psychological characteristics, standardized diagnoses and symptom course to identify aftercare needs. *Clinical psychology in Europe* 2021;3(3):e3819.doi:10.32872/cpe.3819.
30. Temam S et al.: Burnout symptomatology and social support at work independent of the private sphere: a population-based study of French teachers. *Int Arch Occup Environ Health*. 2019;92(6):891-900.
31. Elkuch F et al.: Langzeiteffekte einer stationären Burnouttherapie – eine Nachbefragung. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*. 2010;31(1):4-18.
32. Werner-Seidler A et al.: The relationship between social support networks and depression in the 2007 National Survey of Mental Health and Well-being. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017;52(12):1463-1473.
33. Lee TE et al.: A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of applied Psychology*. 1996;81(2):123-133.
34. Martin F et al.: Depression and burnout in hospital health care professionals. *Int J Occup Environ Health*. 1997;3(3):204-209.
35. Glass DC et al.: Perceived control, depressive symptomatology, and professional burnout: a review of the evidence. *Psychology and Health*. 1995;11:23-48.
36. Chiu LY et al.: The relationship between burnout and depressive symptoms in patients with depressive disorders. *J Affect Disord*. 2015;172:361-363.
37. Ahola K et al.: The relationship between job-related burnout and depressive disorders—results from the Finnish Health 2000 Study. *J Affect Disord*. 2005;88(1):55-62.
38. Armon G et al.: Joint effect of chronic medical illness and burnout on depressive symptoms among employed adults. *Health Psychol*. 2014;33(3):264-272.
39. Hakanen JJ et al.: Do burnout and work engagement predict depressive symptoms and life satisfaction? A three-wave seven-year prospective study. *J Affect Disord*. 2012;141(2-3):415-424.
40. Shin H et al.: A longitudinal examination of the relationship between teacher burnout and depression. *J employment counseling*. 2013; 50(3):124-137.
41. Campell J et al.: Predictors of persistent burnout in internal medicine residents: a prospective cohort study. *Acad Med*. 2010; 85(10):1630-1634.
42. Salmela-Aro K et al.: Trajectories of depressive symptoms during emerging adulthood: Antecedents and consequences. *European Journal of Developmental Psychology*. 2008;5(4):439-465.
43. Ahola K et al.: Burnout, and depressive symptoms: a prospective study among dentists. *J Affect Disord*. 2007;104(1-3):103-110.
44. Toker S et al.: Job burnout and depression: unraveling their temporal relationship and considering the role of physical activity. *J Appl Psychol*. 2012;97(3):699-710.
45. Nyklicek I et al.: Past and familial depression predict current symptoms of professional burnout. *Journal of Affective Disorders*. 2005;88:63-68.
46. Bianchi R et al.: Burnout-depression overlap: a review. *Clin Psychol Rev*. 2015; 36: 28-41.
47. Jonsdottir IH et al.: Working memory and attention are still impaired after three years in patients with stress-related exhaustion. *Scand J of Psychology*. 2017;58:504-509.
48. Kennedy N et al.: Residual symptoms at remission from depression: impact on long-term outcome. *J Affect Disord*. 2004;80(2-3):135-144.
49. Gensichen J et al.: Die NVL/S3-Leitlinie Unipolare Depression – was ist wichtig für die hausärztliche Praxis? *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*. 2011;87(5):223-230.
50. McIntyre RS et al.: Cognitive deficits and functional outcomes in major depressive disorder: determinants, substrates, and treatment interventions. *Depress Anxiety*. 2013;30(6):515-527.
51. Baune BT et al.: A network meta-analysis comparing effects of various antidepressant classes on the digit symbol substitution test (DSST) as a measure of cognitive dysfunction in patients with major depressive disorder. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2018.21(2):87-107.
52. Van der Klink JJ et al.: The benefits of interventions for work-related stress. *Am J Public Health* 2001;91(2): 270-276.
53. Grawe K et al.: *Psychotherapie im Wandel – von der Konfession zur Profession*. 1994, Göttingen: Hogrefe Verlag
54. Korczak D et al.: *Therapie des Burnout-Syndroms. Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland*. Vol. 120. 2012, Köln: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).
55. Waadt M et al.: *Mit ACT gegen Burnout: Mit Achtsamkeit und Akzeptanz den Teufelskreis durchbrechen*. 2012, Bern: Huber Verlag.
56. Berking M: *Training emotionaler Kompetenzen*, 4. Auflage. 2017, Berlin, Deutschland: Springer Verlag GmbH.
57. Hinsch R et al.: *GSK Gruppentraining sozialer Kompetenzen*, 6. Auflage. 2015, Weinheim, Basel: Beltz Verlag
58. Herbold W et al.: *Das so genannte innere Kind*, 2. Auflage 2012, Stuttgart: Schattauer GmbH.
59. Flückiger C et al.: *Wüsten, Ressourcenaktivierung: Ein Manual für die Praxis*. 2. Aufl. . 2009, Bern: Hans Huber Verlag.
60. Lehrhaupt L et al.: *Stress bewältigen durch Achtsamkeit*. 2013, München: Kösel-Verlag.
61. Kaluza G: *Gelassen und sicher im Stress* (3. Auflage) 2007, Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
62. Mead GE et al.: Exercise for depression (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;4: CD004366.
63. Cooney GM et al.: Exercise for depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;9:CD004366.
64. Schultz JH: *Das original Übungsheft für das autogene Training. Anleitung vom Begründer der Selbstentspannung*. 24. Auflage. 2004. Stuttgart: TRIAS Verlag.
65. Jacobson E: *You must relax*. Vol. Harper Collings. 1980.
66. Merakou K et al.: The effect of progressive muscle relaxation on emotional competence: depression-anxiety-stress, sense of coherence, health-related quality of life, and well-being of unemployed people in greece: an intervention study. *Explore (NY)* 2019;15(1):38-46.
67. Kotozaki Y et al.: Biofeedback-based training for stress management in daily hassles: an intervention study. *Brain Behav*. 2014;4(4):566-579.