

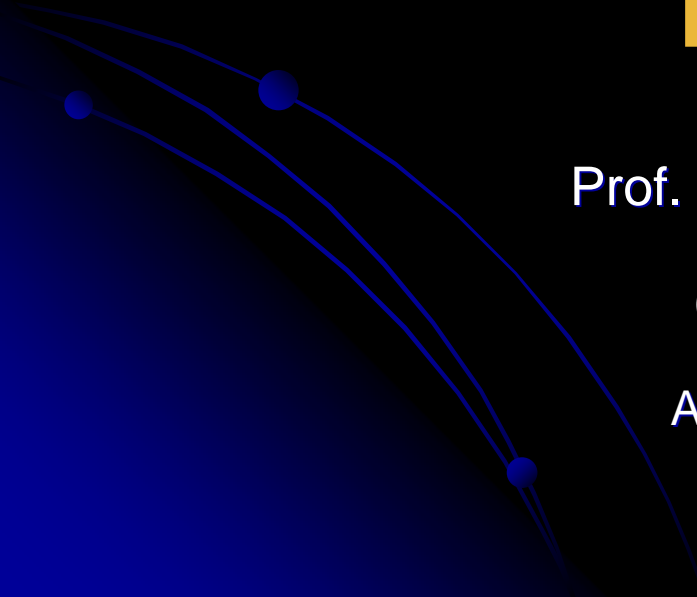
Rheinfelder Tage Symposium Psychosomatik und Arbeit
„Macht Arbeit krank“

Klinik Schützen, 8. Dezember 2011


Workshop: Somatische Aspekte des Burnout

Prof. Dr. med. Roland von Känel

Chefarzt Psychosomatik
Universitätsklinik für
Allgemeine Innere Medizin
Inselspital Bern



Überblick

- **Fallbeispiel: Der Grundversorger in der CH**
 - Definition und Symptomatik von Burnout
 - Diagnostik und Differenzialdiagnostik
 - Pathogenetisches Modell
 - Körperliche Folgen
 - Therapeutische Zugänge
- 

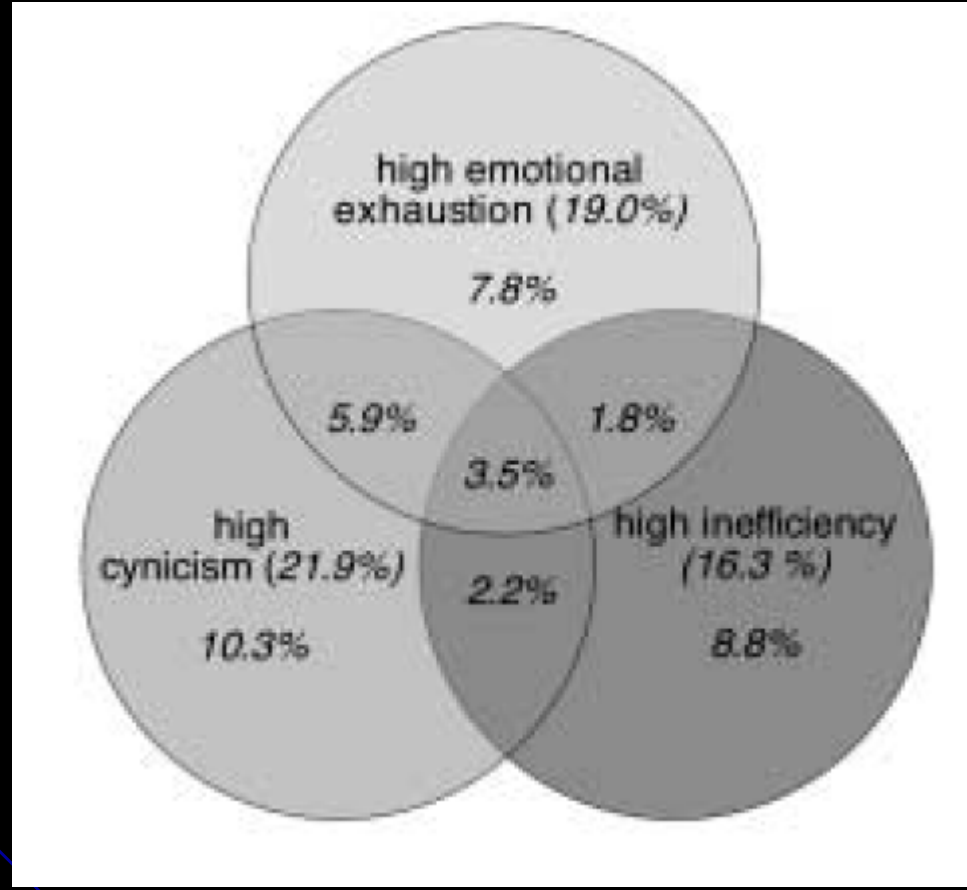
Prävalenz von Burnout bei Grundversorgern

- Querschnittstudie im Frühjahr 2002
- 7'700 Grundversorger in der CH (55% aller praktizierenden Ärzte): 40% FMH Innere Medizin, 34% FMH Allgemeine Medizin, 8% FMH Pädiatrie, 18% praktizierende Ärzte ohne FMH
- Fragebogen mit Briefpost an **repräsentative Population von 2'756**
- **Rücklauf 1'784 Fragebogen (65%); 84% Männer (1'755 brauchbare FB)**

Emotionale Erschöpfung 19%

Entfremdung
& Zynismus
22%

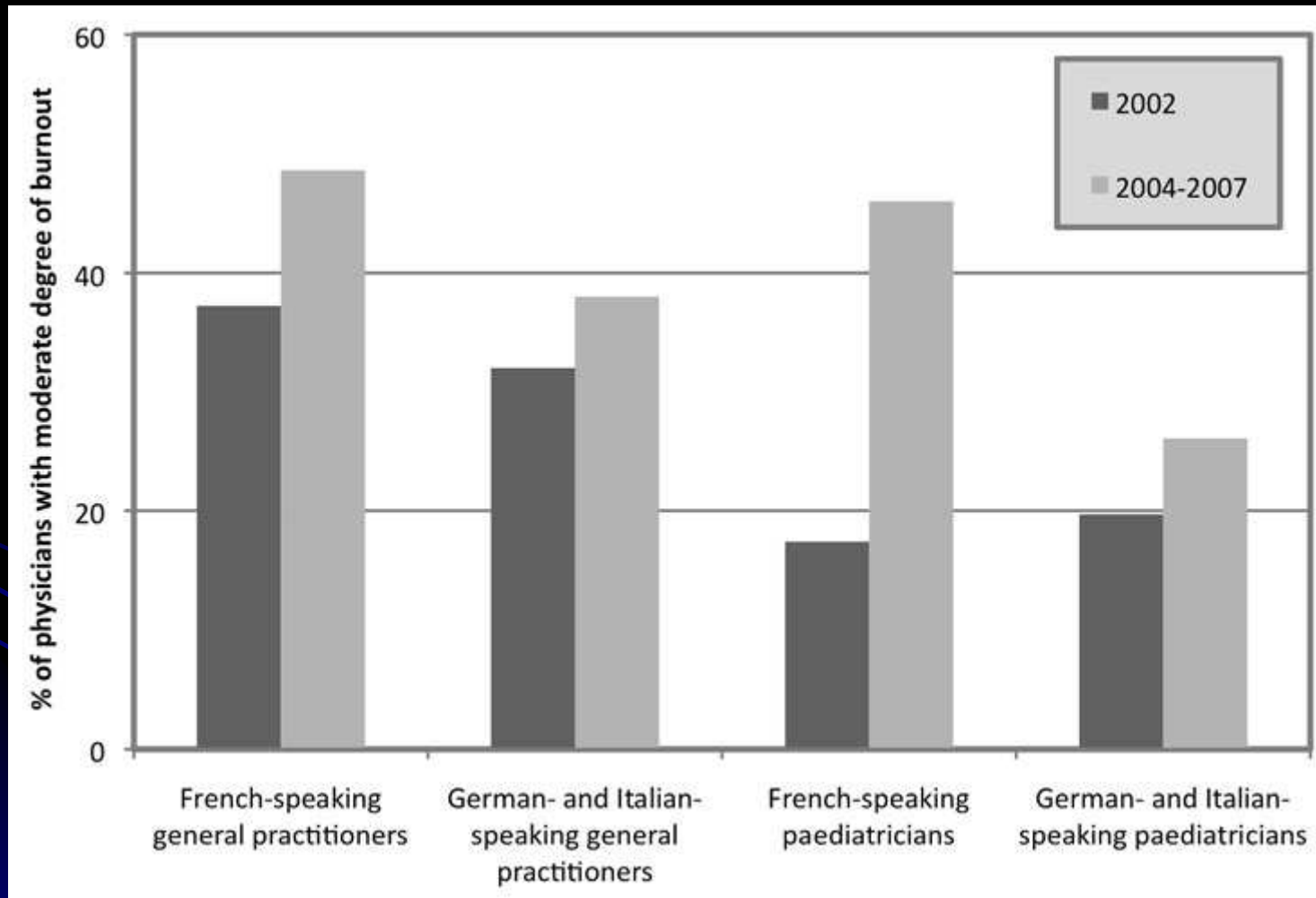
Ineffizienz
bei der
Arbeit 16%



32% mittelschweres Burnout (Erschöpfung und/oder Depersonalisation)

4% schweres Burnout (alle scores erhöht)

Zunahme von mittelschwerem Burnout bei Grundversorgern von 2002-2007



Arigoni et al. Swiss Med Wkly 2010

Prädiktoren von Burnout 2002 & 2007

- Kontrolliert für totale Arbeitszeit pro Woche und Geschlecht.
- **Zunahme von BO über die Zeit:** Arzt in der französisch-sprachigen CH
- **Mittelschweres BO:** Allgemeinpraktiker, Arzt in der französisch-sprachigen CH
- **Schweres BO:** Allgemeinpraktiker

Überblick

- Fallbeispiel: Der Grundversorger in der CH
- **Definition und Symptomatik von Burnout**
- Diagnostik und Differenzialdiagnostik
- Pathogenetisches Modell
- Körperliche Folgen
- Therapeutische Zugänge

Burnout – ein Mythos?

- Burnout ist
 - eine Modediagnose
 - ein beschönigendes Label für eine Depression
 - ungefährlich
 - eine Befindlichkeitsstörung

Burnout – kein Mythos

- “Historische” Berichte
- Erhöhte Prävalenz für körperliche und psychische Krankheiten
- Längst nicht alle Patienten mit BO haben eine Depression
- Erhöhtes Risiko für Sterblichkeit
- Biologische Veränderungen
- Vermehrte Fehlzeiten am Arbeitsplatz

Burnout – ein kontroverses „Krankheitsbild“: warum?

1. Burnout ist keine anerkannte Krankheit nach ICD-10, DSM-IV

- Z 73.0 = Burnout Syndrom
- Störungsgruppe Z = *Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen*
- Störungsgruppe Z 73 = *Probleme mit der Lebensbewältigung*

2. Vorschnelles und unreflektiertes Labeling

3. Uncharakteristische und vielfältige Symptome

4. Das Arbeitsumfeld trägt die alleinige „Schuld“

Operationalisierung:

Maslach Burnout Inventar

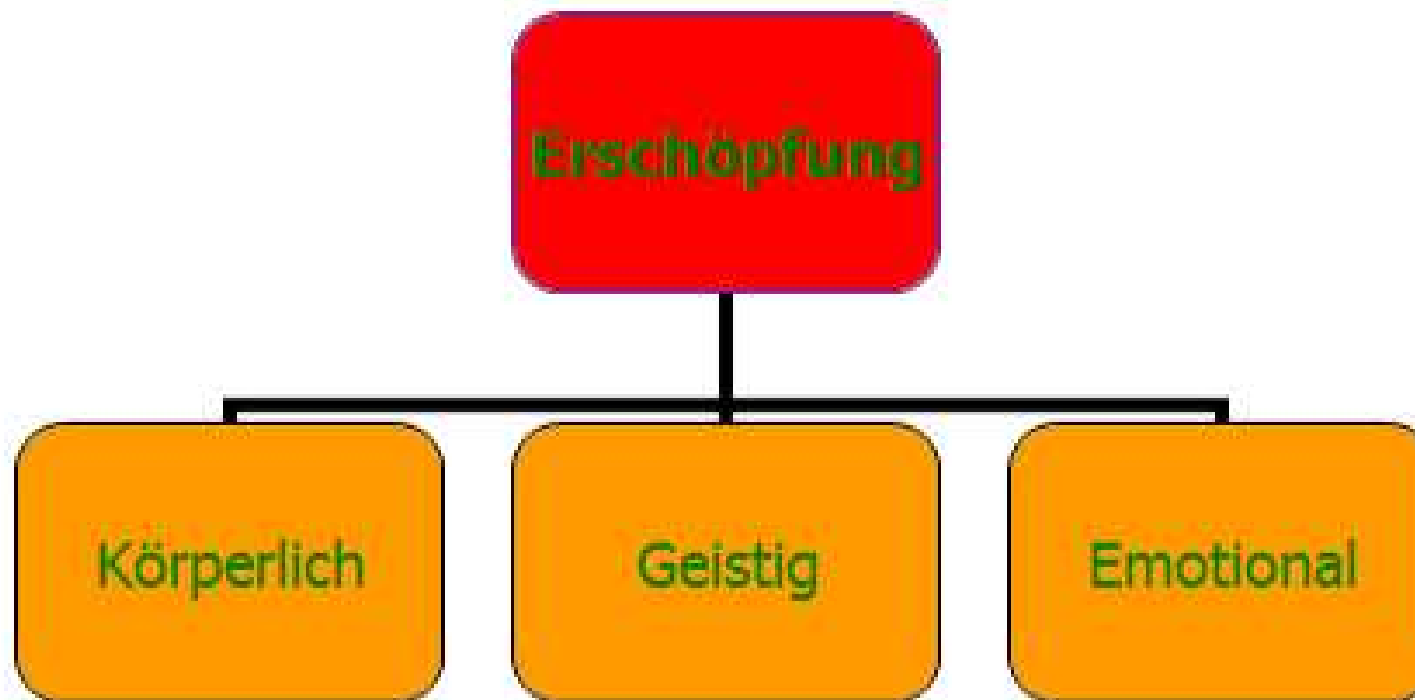
- **Erschöpfung an der Arbeit** (9 items):
Ich fühle mich durch die Arbeit ausgelaugt.
Am Ende des Arbeitstages bin ich erledigt.
- **Entfremdung gegenüber der Arbeit** (5 items):
Ich behandle die Patienten unpersönlich.
Es ist mir gleichgültig, was aus den Patienten wird.
- **Ineffizienz bei der Arbeit** (8 items):
Ich kann mit den Problemen der Patienten gut umgehen.
Ich habe mit meiner Arbeit viele wertvolle Dinge erreicht.

Likert Skala: 0 = nie, 6 = jeden Tag; totaler Score 0-132 Punkte

Psychische und körperliche Symptome

- Erschöpfung und Müdigkeit (nä. Dia)
- Gefühle der Überforderung
- Reizbarkeit
- Emotionale Überreaktion bei relativ geringen Anlässen
- Unfähigkeit zum Entspannen und Abschalten
- Verminderte Schlafqualität
- Antriebsschwäche
- Kraftlosigkeit
- Entscheidungsschwäche
- Konzentrationsstörungen

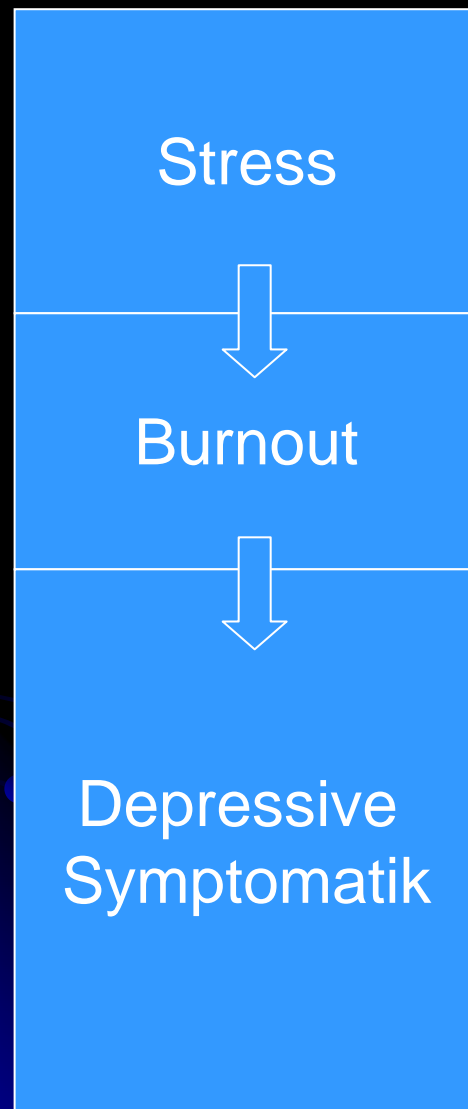
BURNOUT



Körperliche Symptome gem. MFSI-SF: Muskelschmerzen, schwache Beine, schwerer Kopf, schwache Arme, überall Schmerzen, Körper überall schwer

Stein et al, Cancer Practice 1998

Der Burnout-Prozess (1)



1. Erste Warnzeichen

Gesteigerter Einsatz für Ziele, Zunahme der Überstunden, **Erschöpfung** oder vegetative Überreaktion

2. Reduziertes Engagement:

Reduzierte soziale Interaktion, **negative Einstellung zur Arbeit**, Konzentration auf eigenen Nutzen

3. Emotionale Reaktionen:

Insuffizienzgefühle, Pessimismus, Leere, Hilf- und Hoffnungslosigkeit, Energiemangel, Schuldzuschreibung an andere bzw. „das System“

4. Abnahme von

... kognitiven Fähigkeiten, Motivation, Kreativität und Differenzierungsfähigkeit

(Burisch, 1994; Shirom + Melamed, 2005)

Der Burnout-Prozess (2)

Depressive
Symptomatik



Klinische
Depression

5. Abflachen...

des emotionalen und sozialen Lebens
und kognitiver Interessen

6. Psychosomatische Reaktionen:

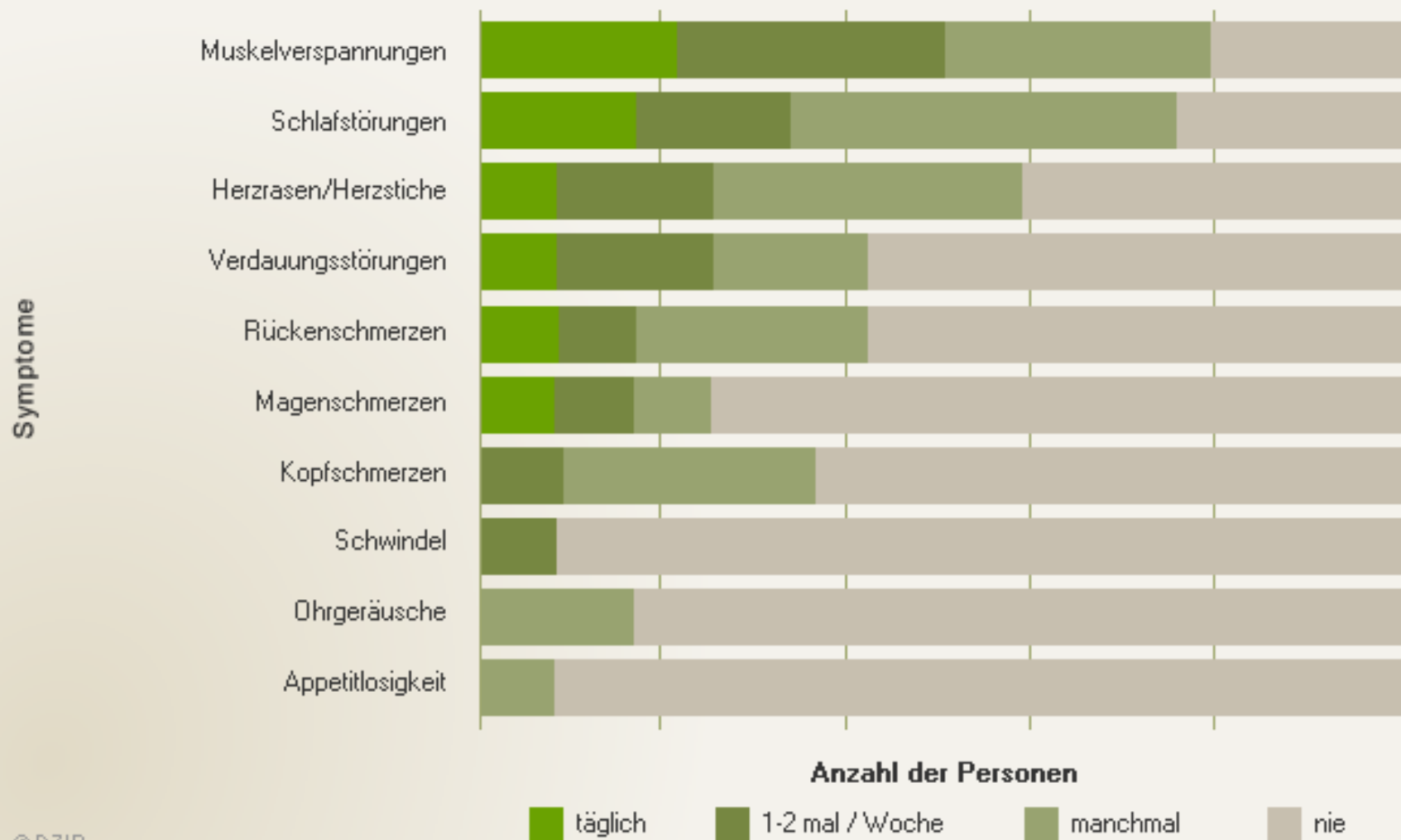
Verspannungen, Schmerzen,
Schlafstörungen, keine Erholung in der
Freizeit mehr möglich, veränderte
Essgewohnheiten, Substanzgebrauch

7. Depression und Verzweiflung

Gefühl von Sinnlosigkeit, negative
Lebenseinstellung, existenzielle
Verzweiflung, Suizidgedanken oder -
absichten

(Burisch, 1994; Shirom + Melamed, 2005)

Physiologische Warnsignale

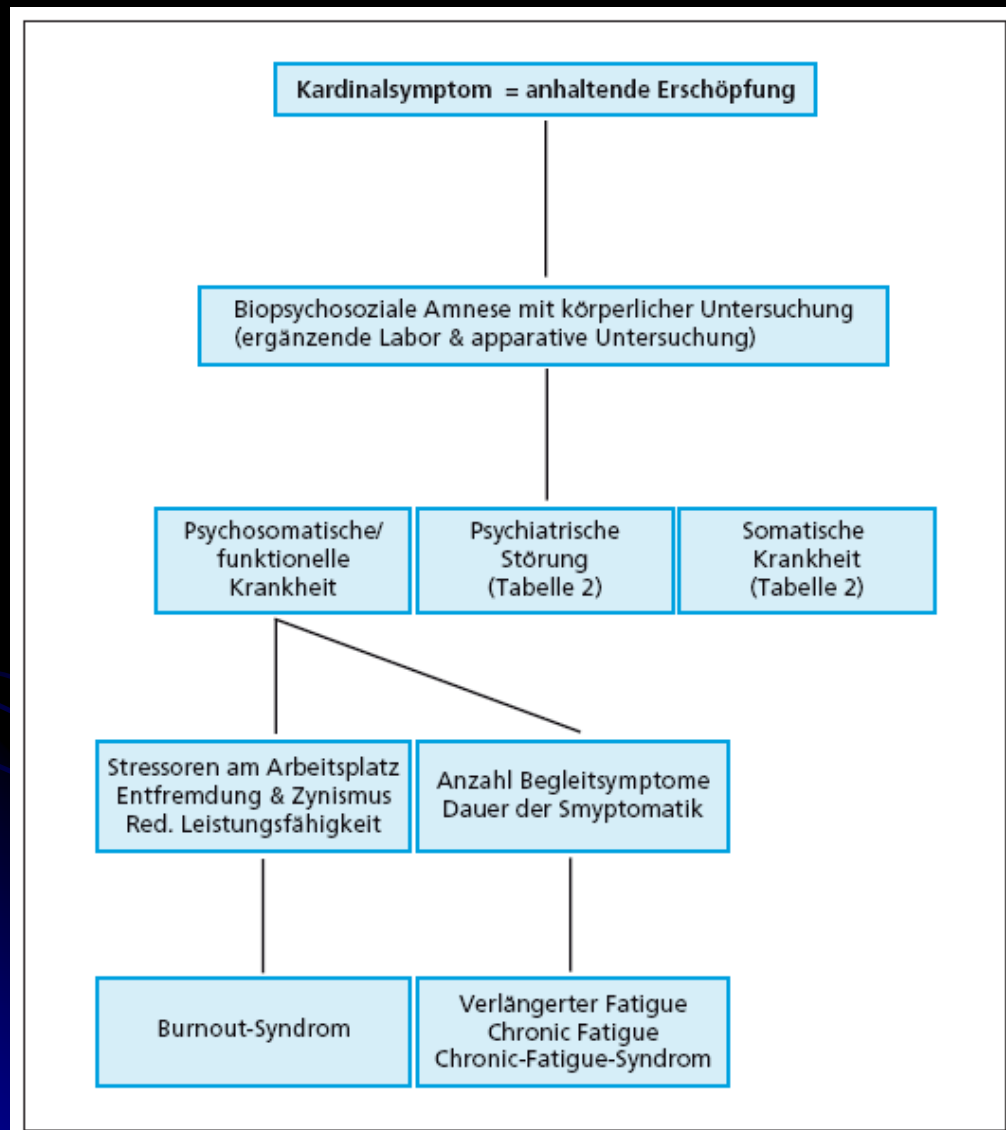


Quelle: Deutsches Zentrum für individualisierte Prävention und Leistungsverbesserung (Warnzeichen bei Leistungsträgern)

Überblick

- Fallbeispiel: Der Grundversorger in der CH
- Definition und Symptomatik von Burnout
- Diagnostik und Differenzialdiagnostik
- Pathogenetisches Modell
- Körperliche Folgen
- Therapeutische Zugänge

Algorithmus zur Diagnosestellung eines Burnout Syndroms



**Cave: Patienten können gleichzeitig
“Flöhe und Läuse” haben!**

Psychiatrisch:

Neurasthenie
Somatisierungsstörung
Depressive Störung
Angststörungen

Somatisch:

Anämie
Hypothyreose
Herzinsuffizienz
Schlaf-Apnoe Syndrom

Offene anamnestiche Fragen zu Stress am Arbeitsplatz

- Wie empfinden Sie Ihre Arbeit?
- Inwieweit können Sie über Ihre Arbeit selber bestimmen?
- Was denken Sie, was Sie für Ihren Einsatz am Arbeitsplatz zurückerhalten?
- Wie haben Sie es mit den Mitarbeitenden?
- Was haben Sie für eine/n Chef/in?
- Wenn ich Ihre Ehefrau fragen würde, wie sehr Sie sich für Ihre Arbeit einsetzen, was würde sie mir berichten?

Burnout und Fatigue: Überlappung

- Maastricht Cohort Study on Fatigue at Work, n= 12'140; Follow-up's 1, 2, 4 J
- MBI & verlängerte Fatigue (subjektive Müdigkeit, Motivation, Aktivität, Konzentration)
- 63% der BO Fälle waren auch F Fälle; 51% der F Fälle waren auch BO Fälle
- **Distress:** BO plus F > F > BO
- **Absenzen:** BP plus F > F, BO
- **Chronifizierung:** BO plus F (29%), F (9%), BO 2%
- **Erholung:** BO (40%), F (29%), BO plus F (13%)

Burnout und Depression: Überlappung

- Arbeitende (n=3'276, FIN; Interview nach DSM-IV): Klinisch relevante Depression bei 53% mit schwerem BO, bei 20% mit mildem BO und bei 7% ohne BO
- Angestellte (n=3'385, NL): Depressive Symptome korrelieren mit BO Symptomen $r=0.51$.

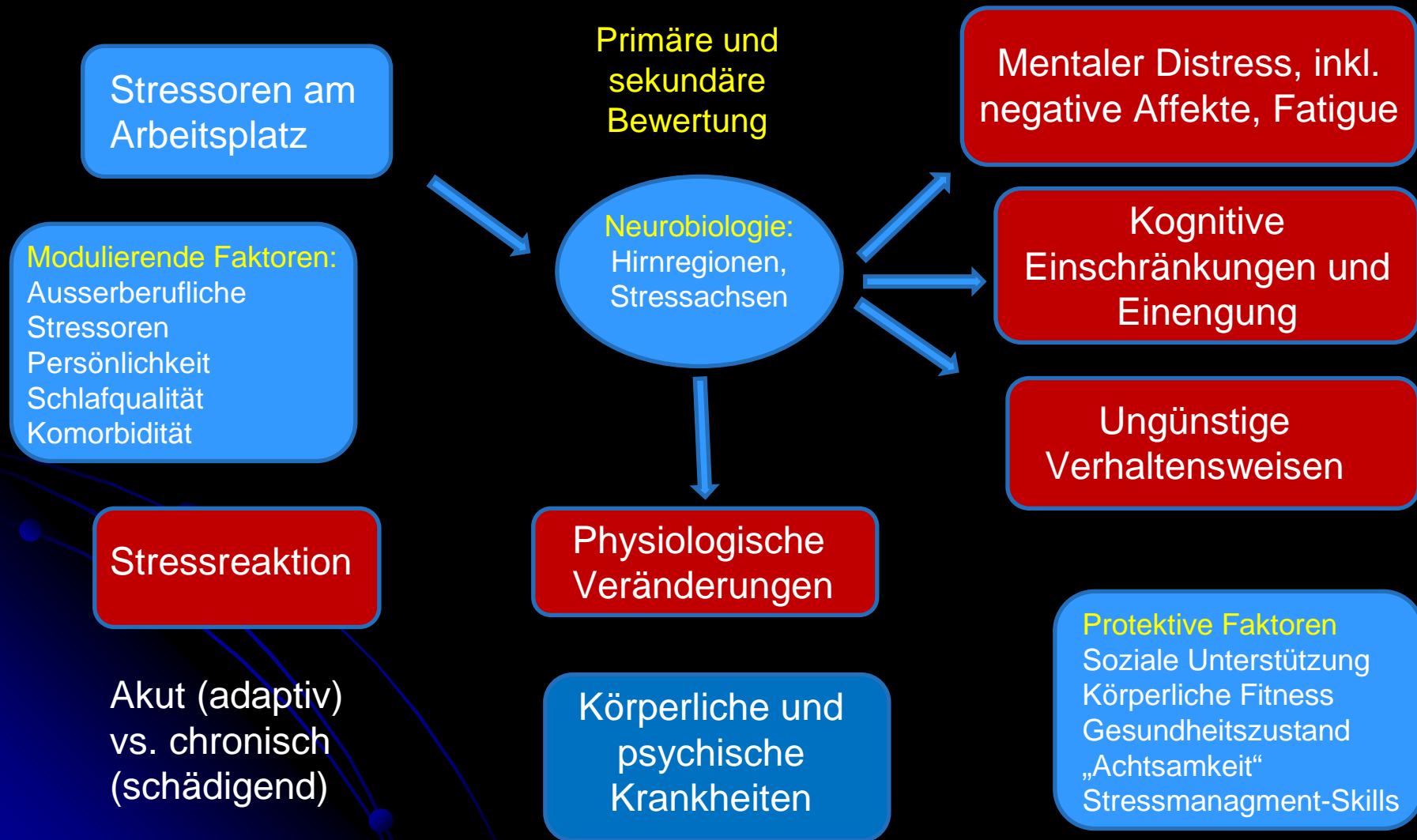
BO Scores (alle Dimensionen) erhöht bei früherer depressiver Episode und positiver Familienanamnese für frühere depressive Episode (alle Dimensionen).

- Zwillingsstudie (n=5'317, NL): Ängstliche Depression korreliert mit BO $r=0.40$; erklärt durch genetische Faktoren und individuelle Umweltfaktoren (nicht durch geteilte Umweltfaktoren).

Überblick

- Fallbeispiel: Der Grundversorger in der CH
- Definition und Symptomatik von Burnout
- Diagnostik und Differenzialdiagnostik
- **Pathogenetisches Modell**
- Körperliche Folgen
- Therapeutische Zugänge

Pathogenetisches Burnout-Modell



„Kampf-Flucht-Reaktion“ – wann wird's gefährlich?

Antworten auf akute Gefahr

- Schreckreaktion
- Flucht
- Kampf
- Totstellreflex

Unterschiedliche Physiologie:
z.B. Cortisolwerte, Blutgerinnung

Antworten auf chronische Gefahr

- Rückzug
- Konservierung
- Erschöpfung
- Krankheit
- Tod

Cannon WB, 1929

Seyle H, 1936

Williams & Bracha, Psychosomatics 2004

Zusammenfassung Pathogenese:

Komplexes Wechselspiel von beruflichen Faktoren, Umweltfaktoren und Persönlichkeitseigenschaften


→ verhängnisvolle seelische, körperliche, psychosoziale und vor allem berufliche Sackgasse

Auf den Punkt gebracht

„Ich habe zu viel für zu viele zu lange und mit zu wenig Rücksicht auf mich selbst getan!“

Sotile & Sotile, J Med Pract Manage 2003;18:314

Überblick

- Fallbeispiel: Der Grundversorger in der CH
 - Definition und Symptomatik von Burnout
 - Diagnostik und Differenzialdiagnostik
 - Pathogenetisches Modell
 - **Körperliche Folgen**
 - Therapeutische Zugänge
- 

Krankheitsbedingte Fehltag

Odds ratios and 95% CIs for having sickness absence, by level of burnout after sequential adjustment for sociodemographic factors, mental disorders, and physical illnesses

Sex	Factors		Adjustment for age, marital status, and occupational status (A)		Adjustment for (A) + mental disorder (B)		Adjustment for (B) + physical illness	
			OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
Women	Burnout	No	1.00	Referent	1.00	Referent	1.00	Referent
		Mild	1.71	1.31–2.22	1.60	1.23–2.09	1.55	1.18–2.03
		Severe	2.82	1.49–5.37	2.15	1.12–4.11	2.10	1.10–4.01
	Age (years)	30–39	1.00	Referent	1.00	Referent	1.00	Referent
		40–49	1.56	1.15–2.13	1.58	1.16–2.15	1.49	1.08–2.04
		50–60	1.67	1.24–2.23	1.73	1.29–2.32	1.50	1.10–2.03
	Marital status	Married or cohabiting	1.00	Referent	1.00	Referent	1.00	Referent
		Unmarried	1.02	0.76–1.36	1.06	0.79–1.42	1.05	0.78–1.41
	Occupational status	Nonmanual	1.00	Referent	1.00	Referent	1.00	Referent
		Manual	1.81	1.37–2.38	1.81	1.37–2.40	1.81	1.36–2.39
		Self-employed	0.65	0.42–1.03	0.63	0.40–1.00	0.65	0.41–1.02
	Mental disorder	No			1.00	Referent	1.00	Referent
		Yes			1.67	1.18–2.37	1.69	1.19–2.39
	Physical illness	No					1.00	Referent
		Yes					1.84	1.42–2.37
Men	Burnout	No	1.00	Referent	1.00	Referent	1.00	Referent
		Mild	1.42	1.05–1.92	1.37	1.00–1.86	1.26	0.93–1.71
		Severe	8.00	3.09–20.7	7.21	2.69–19.4	6.87	2.65–17.8
	Age (years)	30–39	1.00	Referent	1.00	Referent	1.00	Referent
		40–49	1.55	1.05–2.28	1.55	1.05–2.28	1.45	0.98–2.15
		50–60	1.86	1.21–2.56	1.80	1.24–2.61	1.54	1.06–2.25
	Marital status	Married or cohabiting	1.00	Referent	1.00	Referent	1.00	Referent
		Unmarried	1.12	0.77–1.64	1.15	0.78–1.68	1.15	0.78–1.69
	Occupational status	Nonmanual	1.00	Referent	1.00	Referent	1.00	Referent
		Manual	2.15	1.54–3.02	2.13	1.52–2.98	2.07	1.48–2.88
		Self-employed	0.85	0.54–1.32	0.84	0.54–1.32	0.85	0.54–1.33
	Mental disorder	No			1.00	Referent	1.00	Referent
		Yes			1.31	0.92–1.86	1.31	0.93–1.86
	Physical illness	No					1.00	Referent
		Yes					2.53	1.85–3.46

Welche Krankheiten führen zu Fehltagen?

- Prospektive Studie, 3,895 finnischen Industriearbeiter
- Maslach Burnout-Inventar, Studiendauer 1995-1998
- Medizinisch zertifizierte Krankheitstage (>3 Tage) und Ursachen nach ICD-10
- Kontrollvariablen: Alter, Geschlecht, manuelle /nicht-manuelle Arbeit, bisherige Absenzen
- **Totaler Burnout Score sagt erhöhtes Risiko vorher für Fehltage wegen psychische Krankheiten, Herz-Kreislauf-Krankheiten, Erkrankungen der Atemwege und des Bewegungsapparates**
- Erschöpfung → Herz-Kreislauf-Krankheiten
Zynismus → Krankheiten des Verdauungssystems

Burnout – eine internistische, psychosomatische oder psychiatrische Erkrankung?

- Erhöhte Mortalität
- Herzinfarktrisiko
- Bluthochdruck, Übergewicht
- “Ausgebrannte” Kortisolachse
- Prothrombotischer Zustand
- Erhöhte entzündliche Aktivität
- Funktionelle Störungen (Schmerzen, Verdauungsprobleme)
- Schlafstörungen
- Depression, Angstkrankheiten, Suchtmittelgebrauch (Alkohol)

Psychobiologische
Veränderungen sind
unspezifisch

Burnout als Prädiktor für Gesamtsterblichkeit nach 10 Jahren Follow-up

Hazard ratios of one-unit increase in the standardized burnout subscales for overall mortality among Finnish forest industry workers between 1996 and 2006 by age group

Burnout dimension by age group (years)	n (Cases)	Mortality					
		Model 1 ^a		Model 2 ^b		Model 3 ^c	
		HR	95% CI	HR	95% CI	HR	95% CI
Burnout							
Below 45	3921/ 62	1.35	1.07–1.71	1.32	1.05–1.67	1.31	1.04–1.66
45 or over	3475/137	0.97	0.83–1.14	1.00	0.85–1.18	0.99	0.84–1.17
Exhaustion							
Below 45	3921/ 62	1.26	0.99–1.60	1.29	1.01–1.64	1.28	1.01–1.63
45 or over	3475/137	0.94	0.80–1.01	0.97	0.82–1.14	0.96	0.82–1.13
Cynicism							
Below 45	3921/ 62	1.29	1.03–1.62	1.24	0.99–1.56	1.24	0.99–1.55
45 or over	3475/137	1.02	0.87–1.20	1.04	0.89–1.23	1.04	0.88–1.22
Lack of PE							
Below 45	3921/ 62	1.22	0.96–1.55	1.17	0.92–1.49	1.16	0.91–1.48
45 or over	3475/137	0.99	0.85–1.17	1.01	0.86–1.18	1.00	0.85–1.17

HR, Hazard ratio; CI, confidence interval; PE, professional efficacy.

^a Model 1 is unadjusted.

^b Model 2 is adjusted for baseline gender, marital status, and socioeconomic status.

^c Model 3 is adjusted for baseline gender, marital status, socioeconomic status, and common risk factors for health and work ability (by register-based medication, for example, for coronary artery disease, depression, diabetes, hyperlipidemia, hypertension, and pain).

The weighted^a prevalence rates of physical illnesses according to the severity of burnout (%)

Physical illness	No burnout	Mild burnout	Severe burnout	χ^2 (df)	P
<i>All</i>					
<i>n</i>	2438	849	81		
Musculoskeletal	27.6	36.1	46.7	32.53 (2)	<.0001
Cardiovascular	14.3	19.5	27.6	23.12 (2)	.0001
Respiratory	10.2	9.6	14.9	2.58 (2)	n.s.
Other ^b	25.2	29.2	31.6	7.38 (2)	<.05
<i>Women</i>					
<i>n</i>	1210	427	48		
Musculoskeletal	26.7	38.4	45.1	24.51 (2)	<.0001
Cardiovascular	14.3	17.7	21.1	3.98 (2)	n.s.
Respiratory	12.7	11.0	10.1	0.98 (2)	n.s.
Other ^b	26.5	29.7	28.3	2.08 (2)	n.s.
<i>Men</i>					
<i>n</i>	1228	422	33		
Musculoskeletal	28.3	33.9	51.1	11.31 (2)	<.01
Cardiovascular	14.3	21.2	36.4	23.96 (2)	<.001
Respiratory	7.9	8.3	21.3	8.69 (2)	n.s.
Other ^b	24.0	28.7	36.0	6.91 (2)	n.s.

^a The data were weighted to take into account the sampling design and to reduce the bias due to nonresponse.

^b Includes diabetes, metabolic disorders, skin disorders, and allergies.

Burnout und körperliche Krankheiten

Finnish Health 2000 Study

3'368 Frauen und Männer

Mittleres Alter 45 Jahre

89% in permanenter Anstellung

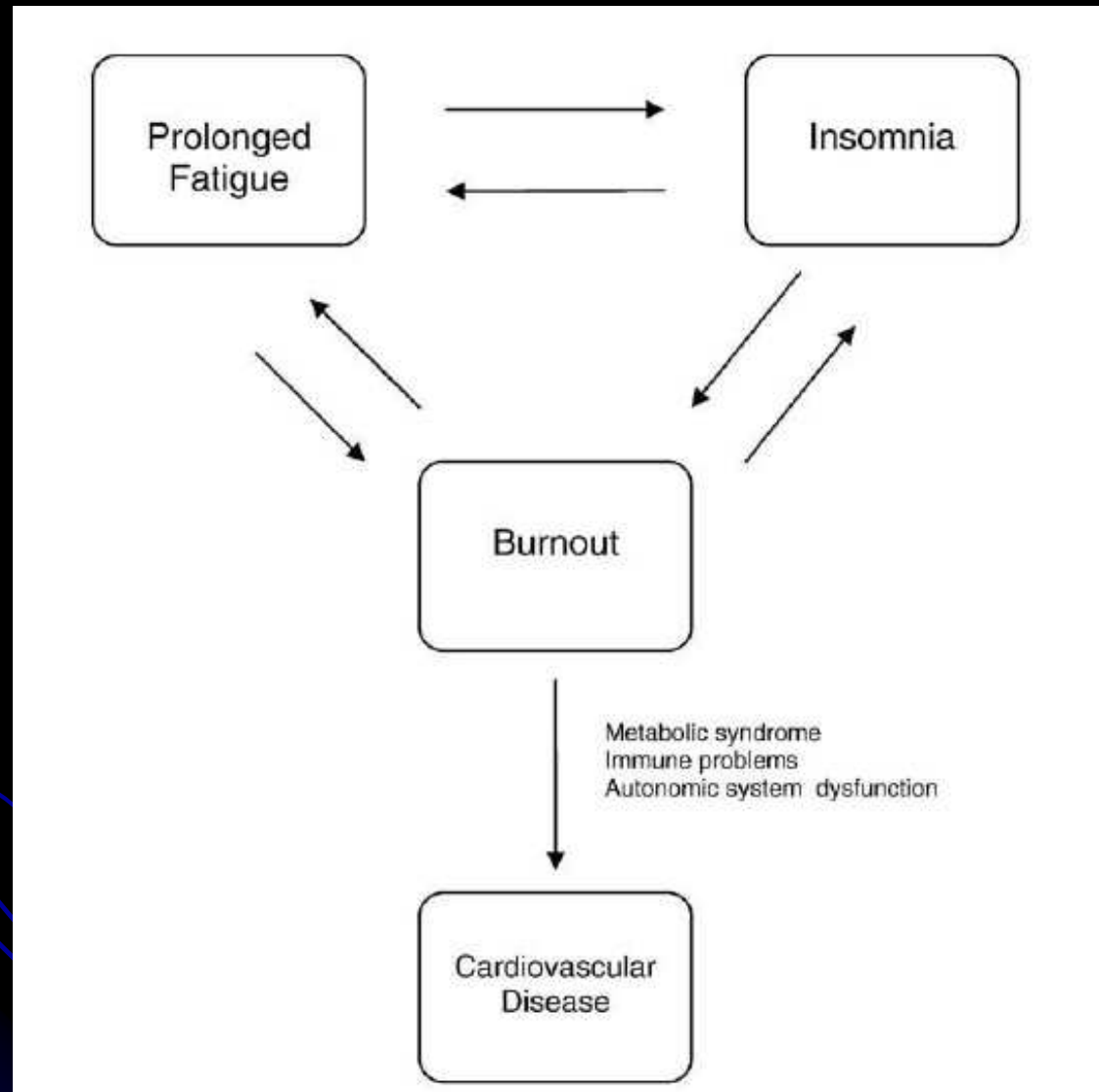
Maslach Burnout Inventar

- Erschöpfung
- Zynismus/Entfremdung
- Ineffektivität

Klinische Untersuchung (inkl. Anamnese, Labor, apparativ)

Honkonen et al.,
J Psychosom Res 2006

Schlafstörungen: eine wichtige Schnittstelle



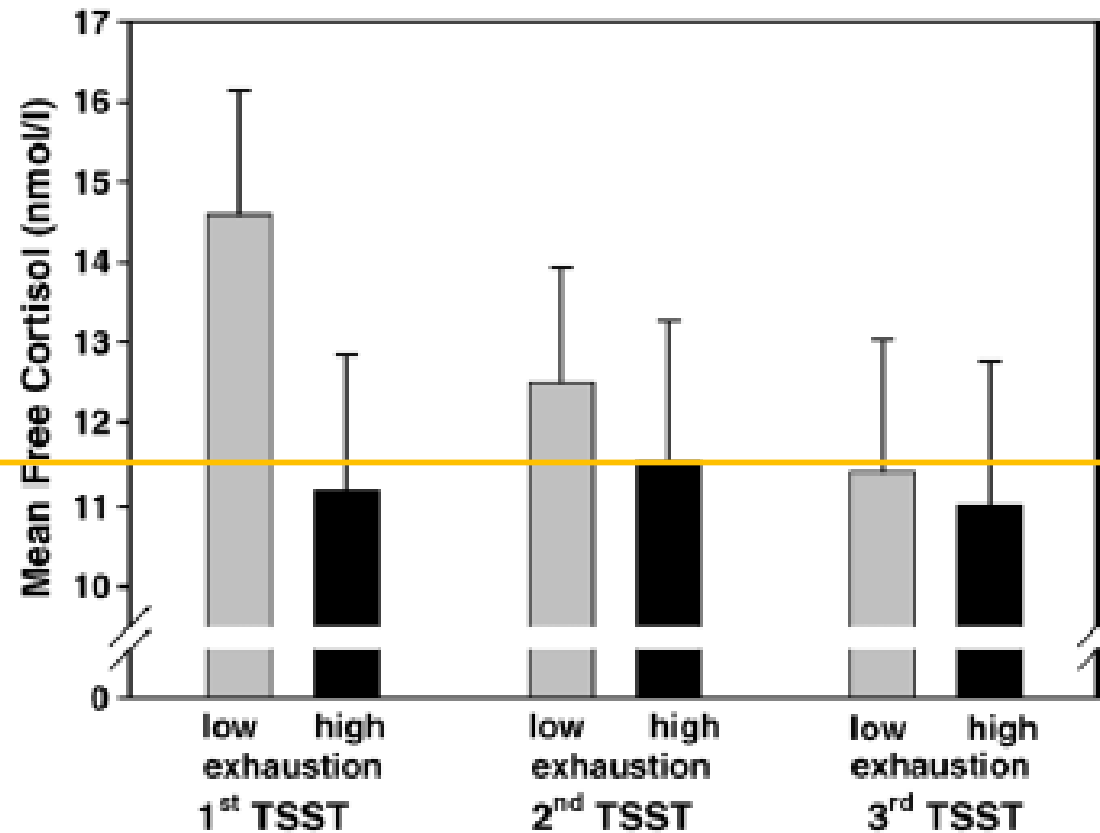
Burnout und Schlaf

- **Gestörte Schlafarchitektur (PSG):** verminderter Tiefschlaf, microarousals
- **Microarousals** assoziiert mit morgendlichem Cortisol, erhöhtem Cholesterin, Blutdruck und Herzrate.
- Populationsstudie (Israel); Follow-up 1 ½ J: **Burnout ist prospektiver Risikofaktor für Insomnie und umgekehrt.**
- Längere Arbeitsunfähigkeit wegen Burnout (Holland); Follow-up ½ J: Einschlafstörungen und nicht-erholsamer Schlaf sagen **unvollständige Arbeitsfähigkeit** vorher.

Söderström et al, Sleep 2004; Ekstedt et al, Psychosom Med 2004; Armon et al. J Psychosom Res 2008; Sonneschein et al. Scand J Work Environ Health 2008

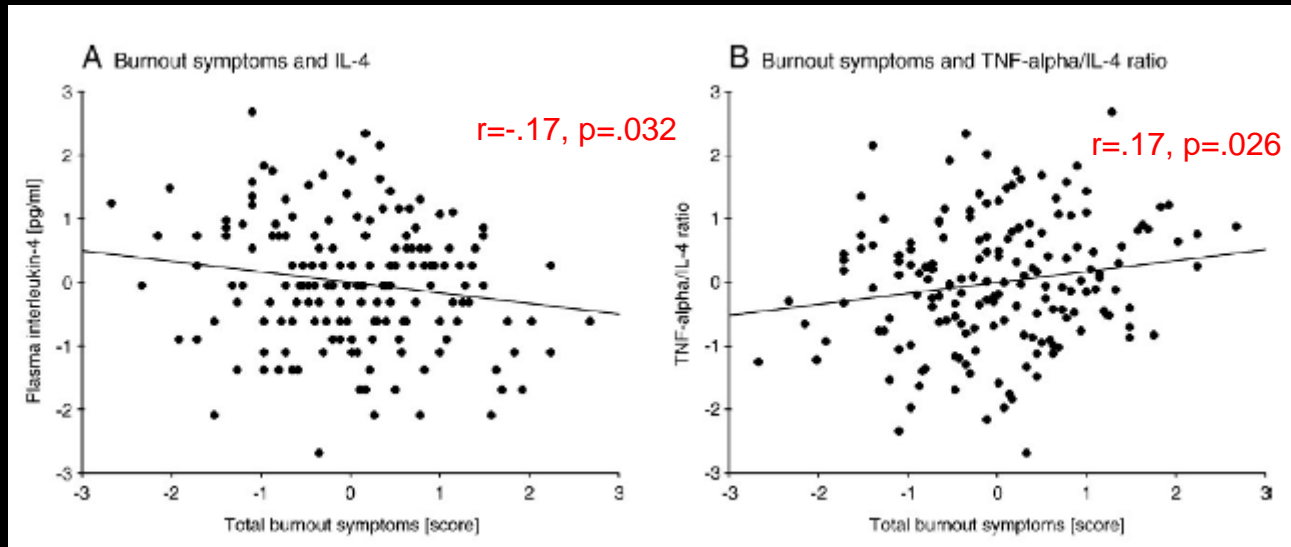
Exhaustion is associated with reduced habituation of free cortisol responses to repeated acute psychosocial stress

Brigitte M. Kudielka^{a,b,*}, Roland von Känel^{b,c}, Daniel Preckel^b, Lilian Zraggen^b, Katharina Mischler^b, Joachim E. Fischer^b



Erschöpfte

Burnout und pro-inflammatorischer Zustand



167 LehrerInnen
 aus D & LUX

Burnout:
 „Exhaustion + 1“
 Kontinuierlich vs.
 kategorial

von Känel et al.
 J Psychosom Res 2008

Multivariate relationships between total burnout symptoms and cytokine measures ($N=167$)

Variables entered	TNF- α			IL-4			IL-10			TNF- α /IL-4 ratio			TNF- α /IL-10 ratio		
	ΔR^2	β	P	ΔR^2	β	P	ΔR^2	β	P	ΔR^2	β	P	ΔR^2	β	P
Blocks 1-5															
Demographics	.005	.07	.352	.021	-.15	.054	.003	.05	.488	.023	.15	.044	.000	.00	.982
Medication	.006	.08	.319	.023	-.16	.045	.003	.06	.480	.026	.16	.036	.000	.01	.919
Lifestyle factors	.007	.10	.268	.012	-.12	.155	.006	.09	.315	.022	.17	.051	.000	.01	.994
Metabolic factors	.014	.14	.124	.014	-.14	.130	.008	.10	.275	.030	.21	.021	.001	.03	.767
Depression, anxiety	.024	.21	.046	.021	-.20	.061	.006	.11	.328	.040	.27	.008	.004	.08	.446
R^2 of the full model		.126			.138			.035			.179			.070	
P ANOVA		.221 ($F=1.27$)			.142 ($F=1.40$)			.996 ($F=0.32$)			.021 ($F=1.91$)			.838 ($F=0.66$)	

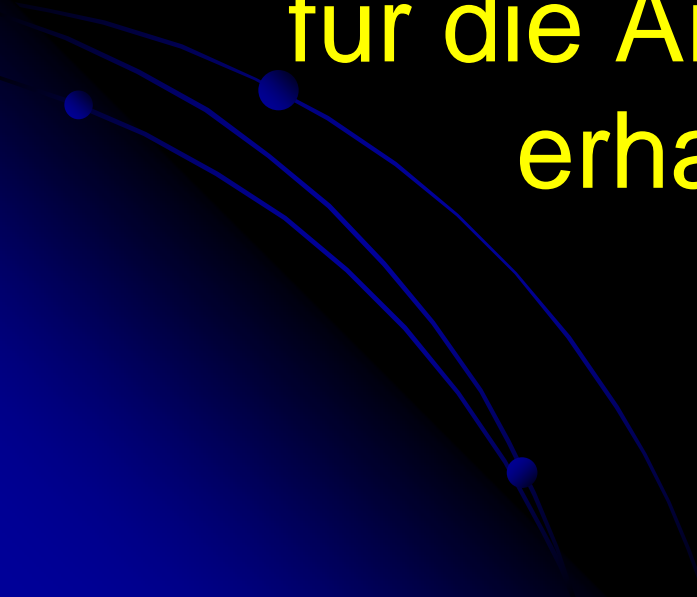
The columns show the unique variance of cytokine measures explained by the MBI total symptom score (ΔR^2) with standardized β coefficients and P values after subsequent adjustment for age and gender in Block 1 (demographics); beta-blockers, thyroid hormones, and statins in Block 2 (medication); smoking status, alcohol consumption, and sleep quality in Block 3 (lifestyle factors); mean arterial blood pressure, heart rate, BMI, total cholesterol/high-density lipoprotein cholesterol ratio, serum triglyceride levels, and fasting glucose levels in Block 4 (metabolic factors); and symptoms of depression and anxiety in Block 5. Values are given as transformed scores.

Überblick

- Fallbeispiel: Der Grundversorger in der CH
- Definition und Symptomatik von Burnout
- Diagnostik und Differenzialdiagnostik
- Pathogenetisches Modell
- Körperliche Folgen
- **Therapeutische Zugänge**

Zentrale therapeutische Frage:

Wie gewinne ich das
Engagement („feu sacré“)
für die Arbeit zurück und wie
erhalte ich dieses?



- **Sich das Ausgebranntsein eingestehen**
- **Time out** von der Arbeit bis zu mehreren Monaten (Entlastung, Erholung, Entspannung)
- **Coaching** bis eigentliche Psychotherapie (Stressmanagement, kognitive Verhaltenstherapie)
- **Analyse** der verantwortlichen Faktoren (Stressoren; Grübeln, Hadern, Überfürsorglichkeit; zu nahe dran? nicht Nein sagen können? zu viel Einsatz? zu isoliert?)
- **Notwendige Veränderungen** identifizieren und umsetzen
- **Behandlung** komorbider psychischer Störungen, von Schlafproblemen und Substanzmissbrauch (**Medikamente**)
- **Behutsamer Wiedereinstieg** (Cave: „alte Fahrwasser“)
- **Rezidivprophylaxe**: Warnzeichen rechtzeitig erkennen!

Drei systematische Reviews zu Interventionen bei Burnout

- Schwierigkeit: Prävention bei noch nicht Ausgebrannten / BO Gefährdeten vs. Intervention („Linderung“) bei Individuen mit erhöhten BO Scores vs. Therapie bei teilw. arbeitsunfähigen Patienten mit BO?
- Teilw. Interventionen am Arbeitsplatz (Individuum, Organisation) gegen Stressoren u. Distress; nicht spezifisch mit BO als Outcome.

Awa et al. Burnout prevention: a review of intervention programs. Pat Educ Couns 2010;78:184

- **Personenebene:** KVT, Psychotherapie, Beratung, Anpassungsfähigkeit verbessern, soziale Unterstützung mobilisieren, Kommunikationstraining, Entspannung, Musiktherapie
- **Organisationsebene:** Arbeitsprozesse verändern, Anerkennung der Arbeitsleitung, Schichtarbeit anpassen, Mitarbeitergespräche
- **25 Studien, wobei 80% der Programme BO reduzierten (inkl. EE, DP, PA)**
- Kürzer andauernde Effekte mit personenzentrierten (6 Monate) vs. kombinierten Interventionen (12 Monate)
- **Folgerung:** Institutionen sollten den Angestellten BO Interventionsprogramme zur Verfügung stellen.

McCray et al. Resident physician burnout: is there hope?
Fam Med 2008; 40:626

- BO Prävalenz bei US Assistenzärzten 40-76%
- Interventionen: Workshops und Frontalunterricht für Assistenzärzte, Unterstützungsprogramme individuell und in der Gruppe, Anleitung zur Selbstsorge, Stressmanagement und Coping skills verbessern
- Insgesamt nur 9 gute Studien. Teilw. reduzierte Erschöpfung, verbesserte Stimmung, Schlafhygiene und Selbstaufmerksamkeit
- Folgerung: es braucht mehr Studien!

Ruotsalainen et al. Systematic review for interventions reducing occupational stress in health care workers. Scand J Work Environ Health 2008;34:169

- 14 RCT, nur 2 von hoher Qualität
- **Personenzentriert:** Reduktion von BO (EE, PA; nicht DP), Ängstlichkeit
- **Organisationsebene:** Stress-Symptome, Allgemeinsymptome (GHQ; inkl. Schlaf)
- **Folgerungen :** Hinweise dafür, dass Reduktion von Stress möglich ist. Eine aktivere Stressmanagement Politik in Gesundheitsinstitutionen scheint angebracht.

Interventionen in der Finnish Health 2000 Study

Participation in Interventions During the Past 12 Months by Level of Burnout

Intervention	All (N = 3276), n (Weighted %)	No Burnout (N = 2373), n (Weighted %)	Mild Burnout (N = 824), n (Weighted %)	Severe Burnout (N = 79), n (Weighted %)	Statistics X ² ; df; P
Occupational					
Participatory improvement in work practices	1690 (52)	1297 (55)	362 (44)	31 (39)	34.2; 2; <0.0001
Measures to reduce mental stress	797 (24)	627 (26)	159 (19)	11 (14)	25.6; 2; <0.0001
Occupational training	1540 (47)	1167 (49)	352 (42)	21 (26)	25.9; 2; <0.0001
Vocational rehabilitation	125 (4)	92 (4)	28 (3)	5 (6)	1.49; 2; 0.4755
Individual-focused					
Psychotherapy for mental problems	59 (2)	26 (1)	25 (3)	8 (10)	13.8; 2; 0.0010
Pharmacotherapy for mental problems	101 (3)	41 (2)	42 (5)	18 (22)	28.3; 2; <0.0001
Non-vocational rehabilitation	253 (8)	159 (7)	84 (10)	10 (13)	11.2; 2; 0.0037
Any	2386 (73)	1772 (75)	566 (69)	48 (60)	18.0; 2; 0.0001

TABLE 3

Odds Ratios for Participation in Interventions by Burnout

Burnout	Any Intervention		Occupational Intervention		Individual-Focused Intervention	
	n/Cases	OR* (95% CI)	n/Cases	OR* (95% CI)	n/Cases	OR* (95% CI)
None	2355/1772	1.00 (ref.)	2353/1719	1.00 (ref.)	2373/204	1.00 (ref.)
Mild	821/566	0.83 (0.68–0.995)	820/526	0.74 (0.61–0.89)	824/124	1.83 (1.41–2.37)
Severe	79/48	0.60 (0.38–0.97)	78/38	0.41 (0.26–0.64)	79/27	5.36 (3.14–9.17)

*Adjusted for age, sex, marital status, and occupational grade.

Burnout vs. Nicht-BO: mehr personenzentrierte Interventionen (inkl. Psychopharmaka), aber weniger arbeitsplatzbezogene Interventionen

Psychotherapeutische Ansätze: Klärung und Bewältigung

- Bisherige **Einstellungen gegenüber der Arbeit** verändern (eigene Wünsche und Bedürfnisse klären).
- Problematische **Verhaltensweisen bei der Arbeit** erkennen und verändern.
- Günstigere **Bewältigungsstrategien** im Umgang mit Stressoren am Arbeitsplatz erarbeiten (z.B. problem- vs. emotionsorientiertes Coping).
- Problematische **Persönlichkeitsvariablen** identifizieren (perfektionistisch, streitsüchtig, introvertiert, abweisend, selbstunsicher, altruistisch etc.).
Innere Konflikte und frühere Erfahrungen aufarbeiten (Leistungsansprüche, Über-Ich)
- **Soziale Kompetenzen** verbessern.
- **Emotionsregulation** verbessern („Ärgermanagement“)
- **Stressmanagement-Skills** trainieren
- **Umfeld** als Ressource nutzen
- Weitere **psychosoziale Stressoren** angehen
- Verbesserte emotionale und körperliche **Selbstfürsorge**

Grundbedürfnisse befriedigen

- **Selbstwertbedürfnis** - Ich bin eine *hinreichend guter* Arzt (Erwartungen an die Arztrolle? Realistische Ziele?); welche Rollen erfülle ich neben dem Praktikerdasein?
- **Bindungsbedürfnis** – ich fühle mich in der Familie, im (Praxis)Team und im Kollegenkreis *dazugehörend* akzeptiert und unterstützt (sozialer Support)
- **Kontrollbedürfnis** – ich erhalte mir möglichst viele Freiheiten bei der Arbeit und kann *Einfluss* nehmen.
- **Lustbedürfnis** – was gibt mir ein *gutes Gefühl* und bereitet mir bei der Arbeit und nach der Arbeit Freude?

Dysfunktionale Arbeitsmuster

- Unterwürfiges, zwanghaftes od. ängstliches Verhalten am Arbeitsplatz
- Frage: besteht ein Zusammenhang mit früheren maladaptiven Schematas und Bewältigungsstilen? (Vermeidung, Überkompensation, Aufgabe/ Unterwerfung)
- Z.B. Scham wäre gross bei Versagen; perfekt sein, um geliebt zu werden bzw. nicht bestraft zu werden; ich bin in Ordnung, solange ich erfolgreich bin

Bamber MR: CBT for occupational stress in health professionals: Introducing a schema-focused approach. Routledge: New York, 2006.

Ferien und Erholung

- 60% erfahren in 2 Wochen Wintersportferien eine substantielle Verbesserung ihres Befindens.
- Der Rest erfährt keine Verbesserung (23%) od. gar eine Verschlechterung (17%).
- Weniger Zeit für passive Aktivitäten, Freude bereitende Aktivitäten, Abwesenheit von negativen Ereignissen während Ferien (z.B. Reiseverspätungen) erklärten 38% der Varianz für günstigen Ferieneffekt.
- 4 Wochen nach den Ferien waren die Erschöpfungswerte wieder gleich hoch wie 2 Wochen vor den Ferien.
→ es braucht Erholung im Alltag!


Was ist erfolgreiches Abschalten und Erholung am Abend und was bringt's am nächsten Tag?

- **Abschalten von arbeitsbezogenen Aktivitäten**
Wenn nicht: verschlechtert das Befinden
- **Körperliche Aktivität (Sport)**
Wenn ja: fördert das Befinden
- **Passive Aktivitäten (z.B. Fernsehen)**
Wenn ja: fördert Befinden teilweise
- **Soziale Aktivitäten**
Wenn ja: fördert Befinden teilweise

Coaching bei Burnout: pragmatisches Vorgehen

- **Ziele und Erwartungen** des Arbeitnehmers und Arbeitgebers übereinstimmend?
- Kontaktaufnahme mit und Mitarbeit des **Arbeitgebers** möglich?
- Bereitschaft, **Verhaltensweisen** bei der Arbeit (z.B. Arbeitstechniken) zu hinterfragen und zu verändern vorhanden?
- **Ausserberufliche Faktoren**, welche die Belastbarkeit vermindern?
Scheidung, Krankheit etc.
- **Passung von Person und Arbeit**? Ausbildung, Interessen, Persönlichkeit vs. Arbeitsplatz, Personen und Rahmenbedingungen → passt diese Arbeitsstelle für diese Person?
- **Stressreduktion**: Situation ändern, Bewertungen, Entspannung
- **Ressourcen** aufbauen: extern (soziale Unterstützung, job control etc.) und intern (Selbstwert, sich durchsetzen etc.)
- **Persönlichkeitsmuster** verändern: warum kein Erfolg bei der Arbeit?
- Dysfunktionales **Krankheitskonzept**? Arbeitgeber ist schuld, Burnout braucht lange Erholungszeit etc.

Somatische Therapieansätze

- Schlafhygiene
 - Körperliche Aktivität
 - Körpertherapie und Körpergefühl
 - Entspannungsverfahren
 - Komorbiditäten mitbehandeln
 - Medikamente (symptomatisch!)
- 

Symptomatik	Substanzklasse	Wirkstoff
<i>Erschöpfung/Müdigkeit</i>	Stimulanzien	Methylphenidat Modafinil
<i>Schlafstörungen</i>	Benzodiazepin-Rezeptor-Agonisten Sedierende Antidepressiva	Zolpidem Zopiclon Amitryptilin Trazodon Mirtazapin Trimipramin
<i>Muskuloskelettale Schmerzen</i>	Nichtsteroidale Antirheumatika Antidepressiva Andere	Ibuprofen Diclofenac Mefenaminsäure Amitryptilin Venlafaxin Duloxetin Paracetamol Tramadol
Stressregulation	Sedierende Antidepressiva Atypische Neuroleptika Benzodiazepine	Doxepin Quetiapin Olanzapin Alprazolam Diazepam Lorazepam

Burnout und Psychopharmaka in der Finnish Health 2000 Study

Register-Based Psychopharmacological Prescriptions During 2000 and 2001 by Level of Burnout

Intervention	All (N = 3276), n (Weighted %)	No Burnout (N = 2373), n (Weighted %)	Mild Burnout (N = 824), n (Weighted %)	Severe Burnout (N = 79), n (Weighted %)	Statistics <i>X</i> ² ; <i>df</i> ; <i>P</i>
Antipsychotics (N05A)	22 (1)	11 (0)	6 (1)	5 (6)	4.87; 2; 0.0881
Anxiolytics (N05B)	64 (2)	33 (1)	19 (2)	12 (15)	13.1; 2; 0.0014
Hypnotics (N05C)	88 (3)	55 (2)	23 (3)	10 (12)	8.09; 2; 0.0177
Antidepressants (N06A)	189 (6)	84 (3)	75 (9)	30 (37)	53.9; 2; <0.0001
Combination preparations (N06C)	21 (1)	13 (1)	7 (1)	1 (1)	1.22; 2; 0.5423

TABLE 5

Odds Ratios for Antidepressant Prescriptions by Burnout

Burnout	<i>n</i> /Cases	Model 1 OR (95% CI)	Model 2* OR (95% CI)	Model 3† OR (95% CI)	Model 4‡ OR (95% CI)
None	2337/78	1.00 (ref.)	1.00 (ref.)	1.00 (ref.)	1.00 (ref.)
Mild	796/67	2.66 (1.91–3.71)	2.63 (1.89–3.66)	1.87 (1.25–2.79)	1.48 (0.98–2.24)
Severe	70/24	14.7 (8.66–25.0)	13.8 (7.78–24.4)	4.86 (2.30–10.3)	2.53 (1.04–6.15)

*Adjusted for gender, age, marital status, and occupational grade.

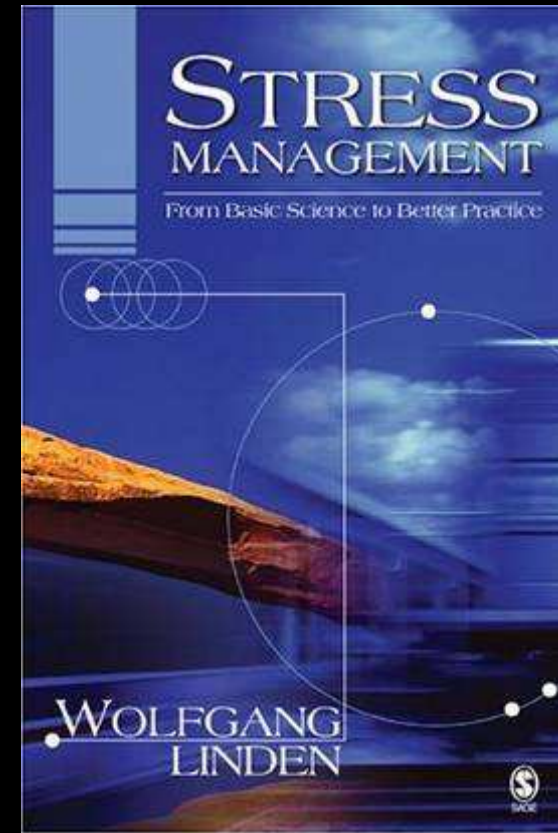
†Adjusted for gender, age, marital status, occupational grade, lifetime mental disorder, and 12-month depressive or anxiety disorder.

‡Adjusted for gender, age, marital status, occupational grade, lifetime mental disorder, 12-month depressive or anxiety disorder, and current depressive symptoms.

OR, odds ratio; CI, confidence interval.

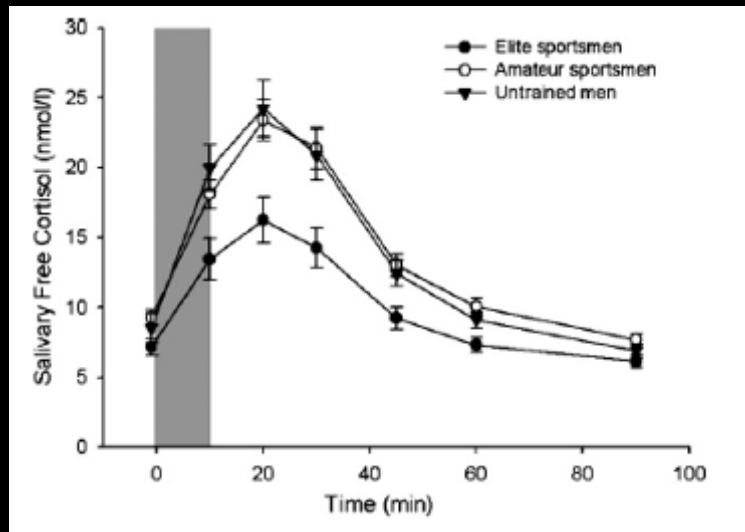
Salutogenetisch wirken – biologische Stressbuffer

- Sozialer Support
- Humor
- Positive Erfahrungen (well-being therapy: was interferiert mit positiven Gefühlen?)
- Lebenssinn, Optimismus, Spiritualität
- Entspannung (Sympathikus vs. Parasympathikus)
- **Körperliche Aktivität**



Wolfgang Linden. Stress management. From Basic Science to Better Practice. Thousand Oaks: Sage Publications, 2005.

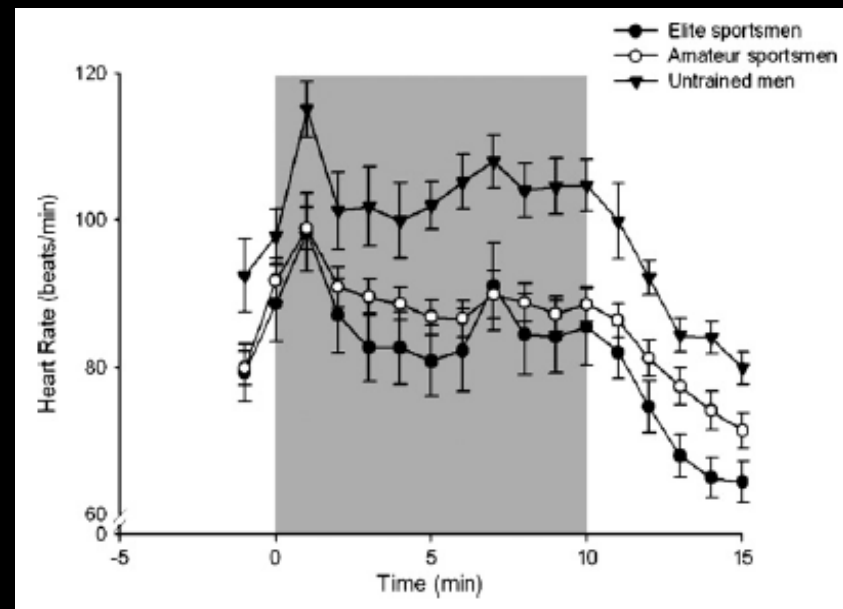
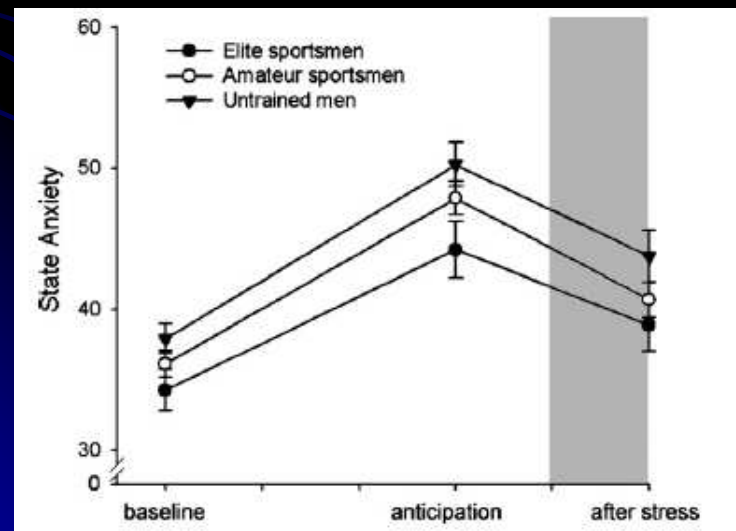
Regelmässiges Lauftraining reduziert die psychische und biologische Stressantwort



Elite: 5 Std Rennen / Wo (n=18)

Amateur: 2.5 Std Rennen / Wo (n=50)

Untrainiert: kein Sport (n=24)



Rimmele et al, Psychoneuroendocrinology 2009

...körperliche Anstrengung bei der Arbeit ist hierfür kein Ersatz!

- Metabolische Anforderungen bei körperlicher Arbeit, welche **35% der aeroben Kapazität** überschreiten (z.B. Kehrrichtabfuhr), führen zu Müdigkeit, die über den Tag zunimmt.
- Für derartige Anstrengungen zeigen gut kontrollierte Studien (z.B. für körperliche Aktivität in der Freizeit) ein **erhöhtes Risiko für Arteriosklerose**.
- Vorgeschlagene Interaktion zwischen repetitiven, mechanistischen körperlichen Tätigkeiten mit wenig job control, fatigue und kardiovaskulärem Risiko.

Persönliche Tipps von Praktikern

- Einen eigenen Hausarzt haben
- Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten
- Besserer Umgang mit IV-Berichten
- Zeit zwischen 11-12 und 17-18 freihalten für Notfälle
- Einsicht, dass 10-14 Std. arbeiten „nicht normal“ ist
- Lernen „Nein“ zu sagen (keine neuen Patienten)
- Ein freier Tag pro Monat für sich ganz persönlich
- Nebentätigkeit wie Mithilfe in der Aus- und Weiterbildung

Zusammenfassung

- Burnout kann definiert und abgegrenzt werden als eine **Folgekrankheit von chronischem Stress am Arbeitsplatz.**
- Burnout ist **gefährlich** für die körperliche und mentale Gesundheit.
- Therapeutische Ansätze erfordern ein **multimodales** bzw. **interdisziplinäres** Vorgehen auf der biologischen, psychologischen und sozialen Ebene.
- Arbeitszentrierte Interventionen sollten **individuelle** und **organisatorische** Gegebenheiten berücksichtigen.
- **Ausserberufliche Stressoren** und **Komorbiditäten** sollten berücksichtigt werden.