

risikobehaftete AVEM-Werte mit einer erhöhten psychischen Symptombelastung und erhöhten Arbeitsunfähigkeitstagen in Verbindung. Die mittels AVEM bestimmten Gesundheits- und Risikotypen erfreuen sich in der Beratungs- wie auch der psychotherapeutischen Praxis einer hohen Plausibilität und lassen sich zur Selbstreflexion präventiv und therapeutisch gut nutzen.

1.5 Differenzialdiagnostik und Komorbidität

Aufgrund der Unschärfe des Burnout-Syndroms ist keine mit etablierten Diagnosen vergleichbare differenzialdiagnostische Abgrenzung möglich. Entsprechend unscharf bleiben Angaben zur Komorbidität (vgl. Tab. 1 und Karte „Differenzialdiagnosen des Burnout-Syndroms“ am Ende des Buches).

Tabelle 1: Differenzialdiagnosen des Burnout-Syndroms nach Korczak et al. (2010)

Ursachen	Krankheiten/Störungen
Somatisch	<ul style="list-style-type: none"> – Anämie, Eisenmangel – Vitamin-D-Mangel – Hypothyreose, Diabetes, Nebenniereninsuffizienz – Herzinsuffizienz, COPD – Niereninsuffizienz – Borreliose, HIV, Tuberkulose – Malignome, Lymphome, Leukämien – Entzündliche Systemerkrankungen – Degenerative Erkrankungen des ZNS – Schlaf-Apnoe-Syndrom, Restless-Legs-Syndrom – Medikamentennebenwirkungen
Psychisch	<ul style="list-style-type: none"> – Depression – Anpassungsstörung – Insomnie – Neurasthenie – Somatisierungsstörungen – Generalisierte Angsterkrankung – Posttraumatische Belastungsstörung – Chronic-Fatigue-Syndrom – Substanzmissbrauch (Alkohol, Tranquilizer)

Aus Sicht psychotherapeutisch tätiger Psychologen, Ärzten und aktuell der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie (DGPPN) stellt Burnout eine Überlastungsreaktion dar, die mit einem erhöhten Risiko für psychische Störungen einhergeht. Gleichzeitig wird Burnout häufig als neuer Begriff für etablierte Diagnosen betrachtet, wobei depressiven Störungen eine zentrale Rolle zukommt (Hamann et al., 2013).

Im Vergleich zur Depression stellt Burnout den weniger stark stigmatisierenden Begriff dar. Während bei der Diagnostik depressiver Störungen explizit auf ätiologische Kriterien verzichtet wird, ist beim Burnout immer der be-

Depression und Anpassungsstörung

2 Störungstheorien und -modelle

Dem aktuellen gesundheitlichen Allgemeinwissen vieler Menschen entsprechend ist beruflicher Stress ein zentrales Gesundheitsrisiko. Was sich jedoch im Einzelnen und konkret hinter der Überschrift „Stress“ verbirgt, darüber besteht wissenschaftlich wie auch unter Betroffenen wenig Kon-

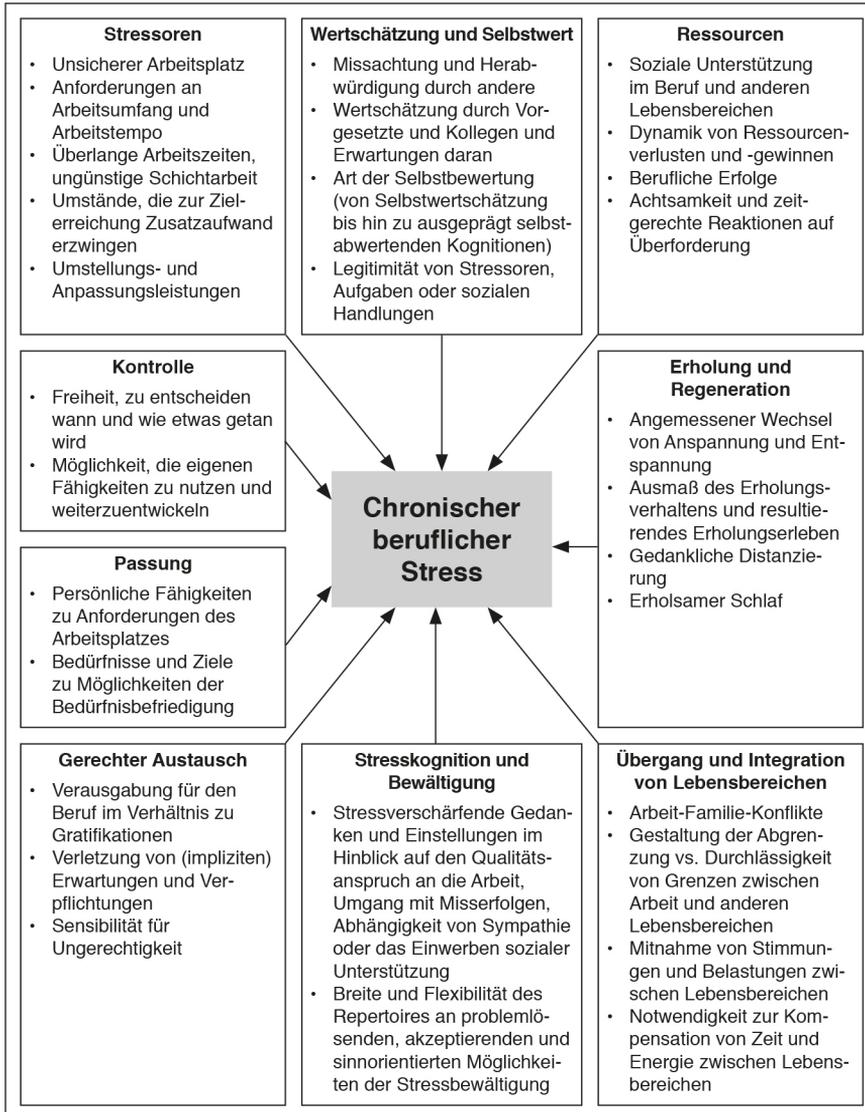


Abbildung 1: Einflussfaktoren auf chronischen beruflichen Stress

4.4 Therapiemethoden

4.4.1 *Behandlungssettings*

Die Prävention und Behandlung stressassoziierter Symptome kann in unterschiedlichen Settings realisiert werden. Im Hinblick auf die anwesenden Personen wird unterschieden zwischen der therapeutische Arbeit mit einzelnen Personen, mit Paaren oder mit Gruppen. Während für die Arbeit mit Einzelpersonen keine spezifischen und evaluierten Behandlungsmanuale vorliegen, ist für die Arbeit mit Paaren und Gruppen eine Reihe von elaborierten Programmen verfügbar. Die Durchführung kann sowohl ambulant als auch stationär erfolgen.

4.4.2 *Manualisierte Gruppentrainings zur Stressbewältigung*

Im deutschsprachigen Raum sind eine Reihe wissenschaftlich evaluierter Stressbewältigungstrainings verfügbar, die alle für Gruppensettings entwickelt wurden und die vereinzelt auch in Kleingruppen oder im Einzelsetting durchgeführt werden können (vgl. Tabelle 6).

Die Angebote variieren in der empfohlenen Gruppengröße, dem Zeitaufwand und den inhaltlichen Schwerpunkten. Auch wenn die Studienlage insgesamt für die Wirksamkeit der Trainings spricht, ist eine breitere empirische Evidenzprüfung zur Klärung der Effekte nach wie vor erforderlich.

Manuale für
Gruppen- und
Einzelsetting

Tabelle 6: Manualisierte Trainingsprogramme zur Stressbewältigung bei Gruppen und Einzelpersonen

Titel (Autoren)	Schwerpunkte/Inhalte	Durchführung	Dauer/Umfang
Das integrierte Stressbewältigungsprogramm (Drexler, 2012)	<ul style="list-style-type: none">– Integration kognitiver, körperlicher und behavioraler Aspekte sowie erlebnisorientierter und emotionsfördernder Elemente– Fokus auf Prozess- und Beziehungsgestaltung– Themenschwerpunkte: Einführungsphase, Körperaspekt, Veränderung kognitiver Prozesse, emotionaler Aspekt, Leistungs- und Beziehungsleben und Ernte/Abschied	Gruppe	<ul style="list-style-type: none">– 8 bis 12 Sitzungen à 90 Minuten, wöchentlich– 6 Module, flexibel in Reihenfolge und Ergänzungen

**Inventar Komplizierter Trauer –
Deutschsprachige Version des „Inventory of Complicated Grief“ (ICG-D)²**

Kreuzen Sie bitte bei jeder Feststellung die Zahl an, die Ihre jetzige Lage am besten beschreibt. Bitte lassen Sie keine Zeile aus.

„0“ bedeutet „nie“

„1“ bedeutet „selten“

„2“ bedeutet „manchmal“

„3“ bedeutet „häufig“ und

„4“ bedeutet „immer“

nie
selten
manchmal
häufig
immer

	Bitte die zutreffende Zahl ankreuzen
1. Ich bin so in Gedanken bei der verstorbenen Person, dass es mir schwerfällt, Dinge zu tun, die ich normalerweise tue.	0 1 2 3 4
2. Erinnerungen an die verstorbene Person wühlen mich auf.	0 1 2 3 4
3. Ich habe das Gefühl, dass ich seinen/ihren Tod nicht annehmen kann.	0 1 2 3 4
4. Ich sehne mich nach der verstorbenen Person.	0 1 2 3 4
5. Ich fühle mich von Plätzen und Dingen angezogen, die mit der verstorbenen Person in Verbindung stehen.	0 1 2 3 4
6. Ich kann nicht anders, als wütend zu sein über seinen/ihren Tod.	0 1 2 3 4
7. Ich will noch immer nicht wahrhaben, was passiert ist.	0 1 2 3 4
8. Ich fühle mich wie betäubt wegen dem, was passiert ist.	0 1 2 3 4
9. Seitdem er/sie gestorben ist, fällt es mir schwer, Menschen zu vertrauen.	0 1 2 3 4
10. Seitdem er/sie gestorben ist, fühle ich mich von Menschen, die mir etwas bedeuten, entfremdet.	0 1 2 3 4
11. Ich habe Schmerzen oder Beschwerden an den gleichen Körperstellen wie die verstorbene Person.	0 1 2 3 4
12. Ich bemühe mich sehr, Erinnerungen an die verstorbene Person zu vermeiden.	0 1 2 3 4
13. Ich habe das Gefühl, dass das Leben ohne die verstorbene Person bedeutungslos ist.	0 1 2 3 4
14. Ich höre seine/ihre Stimme zu mir sprechen.	0 1 2 3 4
15. Ich sehe die verstorbene Person bildlich vor mir.	0 1 2 3 4
16. Ich habe das Gefühl, dass es ungerecht ist, dass <i>ich</i> lebe, aber <i>er/sie</i> gestorben ist.	0 1 2 3 4
17. Ich bin verbittert über seinen/ihren Tod.	0 1 2 3 4
18. Ich bin neidisch auf andere, die keine nahestehende Person verloren haben.	0 1 2 3 4
19. Ich fühle mich einsam, seitdem er/sie gestorben ist.	0 1 2 3 4

² © Prigerson et al. (1995, 2009). Dt. Version von E. Geissner und M. Brandstätter; Lumbeck, Brandstätter und Geissner (2012). Abdruck erfolgt mit Genehmigung der Autoren.