

Stress, Burnout und Depression

Neurobiologische Grundlagen und psychosoziale Dynamiken



Karl Wimmer, August 2005/Oktober 2018

Inhalt:

1. Prolog	S. 2
2. Neurobiologische und psychosoziale Grundlagen des Stress-Phänomens	S. 3
2.1 Die Entwicklung der individuellen Stressreaktion	S. 3
2.2 Der Weg von der äußeren Situation ins Gehirn	S. 3
2.3 Die Bewertung einer äußeren Situation	S. 3
2.4 Der Bewertungsmaßstab	S. 4
2.5 Die 'vorausseilende Bewertung' oder Antizipation	S. 4
2.6 Die Rolle des Mandelkerns (Amygdala) und die Stressreaktion	S. 5
2.7 Drei 'Mechanismen' der Stressreaktion	S. 5
2.8 Die Prägung der individuellen Stressreaktion	S. 6
2.9 Frühkindliche Zuwendung und spätere Stressbiologie	S. 6
2.10 Sichere Bindung des Kindes als Stressdämpfer mit Langzeitfolgen	S. 7
2.11 Mütterlicher Stress in der Schwangerschaft und die Folgen	S. 7
2.12 Zwischenmenschliche Bindungen als Stressschutz	S. 7
2.13 Das System der Spiegelneurone und seine Bedeutung für sozialen Stress	S. 8
2.14 Spiegelneurone bei Stress und Angst	S. 10
3. Gründe für Stress und Auswege	S. 10
3.1 Mangelnde Qualität zwischenmenschlicher Beziehungen	S. 10
3.2 Fünf Tipps mit (Beziehungs-)Stress umzugehen	S. 11
4. Dauerstress am Arbeitsplatz: Das Burnout-Syndrom	S. 12
4.1 Der Arbeitsplatz als Gesundheits-/Krankheitsfaktor	S. 12
4.2 Burnout: Die 'neue' Krankheit am Arbeitsplatz	S. 12
4.3 Neue Formen der Belastung am Arbeitsplatz	S. 13
4.4 Burnout-Faktor 1: Arbeit mit schwierigen Klienten oder Kunden	S. 13
4.5 Burnout-Faktor 2: schlechte Arbeitsbedingungen und fehlende Unterstützung	S. 14
4.6 Burnout-Faktor 3: Die persönliche Einstellung	S. 14
4.7 Prävention und Therapie des Burnout-Syndroms	S. 15
5. Die dunkle Seite der Seele: Die Depression	S. 15
5.1 Die Depression: eine verbreitete, sehr 'menschliche' Erkrankung	S. 15
5.2 Fehlende Kenntnisse über die depressive Erkrankung	S. 16
5.3 Unterschiedliche Formen depressiven Krankseins	S. 17
5.4 Trauer und Depression	S. 18
5.5 Auslöser der Depression	S. 18
5.6 Wenn die Depression sich 'selbständig' macht	S. 19
5.7 Wer ist anfällig für Depression?	S. 19
5.8 Wann führt Stress zu Depression und wann nicht?	S. 20
5.9 Wie die Angst vor Bindungsverlust die Persönlichkeit beeinflusst	S. 21
5.10 Die Depression ist mehr als ein Stresserlebnis	S. 21
5.11 Die kommunikative Botschaft der Depression	S. 22
5.12 Die Behandlung der Depression	S. 22
6. Epilog	S. 23
7. Literatur	S. 24
8. Autor	S. 26

1. Prolog

Einige Fakten vorweg: 27 Prozent der österreichischen ArbeitnehmerInnen leiden unter gesundheitsgefährdendem Stress (jede/r Vierte). 30 Prozent aller Erwerbstätigen sind psychosomatisch erkrankt (jede/r Dritte). 20 Prozent erleben burnout-ähnliche Phasen (jede/r Fünfte). Gerade auch bei Jüngeren nimmt die Burnout-Krankheit signifikant zu. Oft fühlen sich 30jährige nach einigen Jahren im Job schon körperlich und emotional ausgelaugt. 2,4 Milliarden Euro beträgt der jährliche Schaden durch Burnout-Krankenstände. 46 Prozent der Krankenstandstage haben psychische Gründe. Rund 400.000 Menschen leiden in Österreich unter Depressionen. Geschätzte 46 Prozent der an Depression Erkrankten begehen irgendwann in ihrem Leben einen Suizidversuch.¹ Verglichen mit dieser horrenden Statistik, werden diese Themen in unserer Gesellschaft ignoriert bzw. todgeschwiegen wie sonst kaum etwas.

Stress, Burnout und Depression sind die neuen Volkskrankheiten. Weltweit gibt es geschätzte 200 Millionen Fälle von Depression - mit steigender Tendenz. Psychiater und Sozialmediziner sprechen daher bereits von einer seelischen Epidemie, von einer Volkskrankheit und vom 'Krebs der Seele'. Depression führt dazu, dass Menschen mut- und kraftlos werden, handlungsunfähig, dass sie sich selbst für schlecht und wertlos halten und im Extremfall - das gilt für rund 10 Prozent der Depressiven - sich aus diesem Grund das Leben nehmen. Dazu kommt das Leid der Familien und nächsten Angehörigen.

In Österreich gibt es jährlich doppelt so viele Suizidopfer wie Verkehrstote - rund 1.500 Menschen sterben pro Jahr von eigener Hand. Zehnfach so hoch ist die Zahl der Suizidversuche. Suizid ist eine Todesursache, über die man nicht spricht. Dabei wäre er in vielen Fällen zu verhindern. Hier ist noch viel Aufklärungsarbeit notwendig. Nicht nur die Betroffenen selbst sollten lernen, über ihre Situation zu sprechen. Auch - und ganz besonders - die nächsten Angehörigen und Freunde (sofern es sie noch gibt in solchen Lebenslagen).

Aber auch am Arbeitsplatz sollten von KollegInnen und Vorgesetzten die Anzeichen erkannt und thematisiert werden. Das gilt ganz besonders auch für Burnout, das seelische Ausgebrannt-sein, welches oft eine Vorstufe der Depression darstellt bzw. mit ihr einhergeht. Während man allmählich gelernt hat, über Alkohol- und Suchtprobleme am Arbeitsplatz zu sprechen und entsprechende Maßnahmen zu setzen, sind insbesondere Burnout und Depression noch weitgehend tabuisiert. Geschwiegen wird oft aus Scham und aus Unsicherheit, mit diesen seelischen Phänomenen (kommunikativ) umzugehen.

Aber auch Führungskräfte und Organisationsverantwortliche stehen diesen Phänomenen oftmals ignorant gegenüber. *"Bei uns gibt es keine Probleme und Kritik brauchen wir nicht"*, so die Aussage eines Bereichsleiters. Als ich mit einer Gruppe von MitarbeiterInnen aus diesem Bereich arbeitete, waren die Konsequenzen dieser Führungshaltung unübersehbar: die Luft war zum schneiden. Die Frustration der Leute derart massiv, dass an die geplante Themenbearbeitung zunächst gar nicht zu denken war. Hier war vorerst Konfliktbearbeitung angesagt, erst in der Folge konnten die beabsichtigten Organisationsentwicklungsthemen bearbeitet werden.

"Love it or leave it", ist zu einer gebräuchlichen Devise in vielen Organisationen geworden. Schweig und passe dich an oder geh ist die Botschaft darin - es gibt genug, die vor der Tür stehen und deinen Platz einnehmen können! So richtet sich dieser angsterzeugende Druck nicht (mehr) nach außen - mit der Chance der Auflösung - sondern eben nach innen. Die Frustration bahnt sich ihren Weg in die Seele, frisst immer tiefere Wunden. Nicht nur

¹ Vgl. Trend: *Volkskrankheit Burn-out*; in: Trend-Spezial (Zeitschrift), August 2004, S. 98 - 119.

Freude, Lebenslust, Lebens- und Schaffenskraft gehen verloren. An ihre Stelle treten (subtile) Aggression, Zynismus, Tendenz zu Mobbing und oft genug auch Neigung zu und Ausdruck von Gewalt. Wo die Herzen schweigen, spricht die Galle und zuletzt die Faust.

Das alles wahrzunehmen braucht keine statistischen Beweise. Wir müssen nur mit offenen Augen durch die Welt gehen. Und wir müssen lernen - viel lernen. Denn eins ist offensichtlich: Was den Umgang mit seelischen Dynamiken und seelischen Problemen betrifft, ist unsere Gesellschaft hochgradig naiv. Kein Wunder auch, denn die Seele² oder Psyche des Menschen wurde - sieht man von den kirchlichen Bemühungen, die für die meisten Menschen allzu realitätsfern erlebt werden, einmal ab - seit einigen 100 Jahren weitgehend negiert. Psychologie und Psychotherapie befindet sich heute noch immer, obwohl längst wissenschaftlich und gesetzlich 'qualitätsgesichert' und der Organmedizin gleichgestellt, in einem 'Graubereich', der mit vielen Vorurteilen und verbrämten Sichtweisen behaftet ist.

2. Neurobiologische und psychosoziale Grundlagen des Stress-Phänomens³

2.1 Die Entwicklung der individuellen Stressreaktion

Menschen verarbeiten äußere Situationen in ihrer Innenwelt nach einem individuellen Schema. Dies gilt auch für jene Reaktionen, die Menschen auf belastende Situationen zeigen. Eine Individualität der Stressreaktion, die ein Mensch in einer aktuell auftretenden, neuen Situation zeigt, lässt sich auf zwei Ebenen beobachten: erstens bei der eingangs stattfindenden Bewertung der Situation und zweitens bei der darauffolgenden Aktivierung der biologischen Stressantwort. Frühere Erfahrungen haben hier eine besondere Bedeutung: Zunächst spielen sie eine Rolle dabei, wie ein Mensch eine neue Situation bewertet. Darüber hinaus hinterlassen frühe Erfahrungen aber auch einen direkten 'Abdruck' im biologischen Stressreaktionsmuster.

2.2 Der Weg von der äußeren Situation ins Gehirn

Die Aufnahme von Reizen oder ‚Signalen‘ geschieht über die Sinnesorgane. Der über diese 'Kanäle' kommende 'Input' wird innerhalb von Bruchteilen von Sekunden zu einem 'inneren Bild' zusammengefasst und bewertet. Zusammenfassung und Bewertung werden durch die Großhirnrinde und ein mit ihr in engster Verbindung stehendes Hirnsystem geleistet, welches als 'limbisches System' bezeichnet wird und eine Art 'Zentrum für emotionale Intelligenz' darstellt.

2.3 Die Bewertung einer äußeren Situation

Die Verarbeitung und Bewertung von neuen Signalen, neuen Situationen und zwischenmenschlichen Ereignissen ist ein fortlaufender Prozess, der je nach Motivlage individuell und in der Regel wenig spektakulär und ohne stärkere Körperreaktionen abläuft. Eine mas-

² Vgl. Wimmer, Karl (05/2005): *Was ist die Seele?* In: www.wimmer-partner.at/aktuell.htm

³ Nachfolgende Ausführungen geben insbesondere einige bedeutsame neuere wissenschaftliche Erkenntnisse der Stressforschung wieder, die Joachim Bauer in seinem Buch: *Das Gedächtnis des Körpers* (Piper 2004, S. 35 ff.) dargestellt hat.

Joachim Bauer (*1951) ist Facharzt für Innere Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Leiter der Ambulanz an der Abteilung Psychosomatische Medizin der Universitätsklinik Freiburg. Darüber hinaus Forschungstätigkeit in Genetik und Neurobiologie.

Ein weiteres bedeutsames Buch von Joachim Bauer handelt über die neurobiologischen Grundlagen von Empathie und Intuition: *Warum ich fühle was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone* (Hoffmann und Campe, 2005).

sive, im Extremfall mit gesundheitlichen Folgen verbundene Reaktion des Organismus ergibt sich nur dann, wenn die Bewertung einer neuen Situation durch Großhirnrinde und limbisches System zu dem Ergebnis geführt hat, dass eine Gefahren- oder Alarmsituation vorliegt.

Abgesehen von extrem gefährlichen oder gar lebensbedrohlichen Umständen, fallen Bewertungen darüber, ob eine zwischenmenschliche oder sonstige Situation bedrohlich ist oder nicht, von Mensch zu Mensch sehr unterschiedlich aus. Die individuelle Bewertung einer neuen Situation hängt von den individuellen Vorerfahrungen des Menschen ab, die im Großhirn und im limbischen System abgespeichert sind.

2.4 Der Bewertungsmaßstab

Die Bewertung neuer Situationen durch das Gehirn erfolgt durch einen in Sekundenbruchteilen vollzogenen Abgleich der aktuellen Lage mit abgespeicherten Erinnerungen an ähnliche Situationen. Eine Bewertung als Gefahr ergibt sich dann, wenn die aktuelle Situation eine Erinnerung an eine frühere Situation wachruft, in der unguete Erfahrungen gemacht wurden. Als gefährlich werden Situationen eingeschätzt, die früheren Situationen gleichen, welche z.B. vom Betroffenen selbst oder von bedeutsamen Bezugspersonen nicht zu bewältigen waren oder bei denen der oder die Betroffene keine Hilfe von anderen erhielt oder bei der bedeutsame Bezugspersonen deutlich gemacht haben, dass sie dem Betroffenen eine Bewältigung nicht zutrauen.

Individuelle Vorerfahrungen sind in Nervenzell-Netzwerken des Großhirns und des limbischen Systems abgespeichert. Je nach individueller Beziehungserfahrung repräsentieren diese Speicher eine Mischung aus persönlichen Vorerfahrungen, die einerseits gelungene Problemlösungen beschreiben, andererseits aber auch Niederlagen und Erlebnisse von Hilflosigkeit, Einsamkeit und Schmerz. Aversive, d.h. unangenehme und angstbesetzte Erfahrungen werden besonders intensiv eingepägt und sind in einer speziellen Region des limbischen Systems, dem so genannten Mandelkern (Amygdala) gespeichert.

Positive wie schmerzhafte Erfahrungen addieren sich zu gespeicherten Gedächtnisinhalten in Nervenzell-Netzwerken. Sie können einen Menschen zuversichtlich und vertrauensvoll oder ängstlich und resignativ werden lassen. Die so entstandenen Interpretations- und Handlungsmuster sind ein wichtiger Faktor bei der Bewertung neuer Situationen.

2.5 Die 'vorausseilende Bewertung' oder Antizipation

Unsere gespeicherten Vorerfahrungen helfen uns, auch noch nicht eingetretene Gefahrensituationen anhand von Hinweisen zu erkennen, das zu Erwartende in der Vorstellung vorwegzunehmen und Risiken beziehungsweise Erfolgsaussichten abzuschätzen, *bevor* die Situation selbst konkret ist.

Diese Fähigkeit zur Antizipation verdanken wir dem ‚frontalen Cortex‘, einer spezifischen Region der Stirnhirnrinde. Die Antizipation hat zur Folge, dass uns die mit der Vorstellung verbunden Gefühle, etwa Angst, schützen bzw. zur Vorsicht mahnen. Andererseits kann aber auch die Stressreaktion vorausseilen, d.h. dass allein durch die Vorstellung einer als bedrohlich bewerteten Situation, die Stressmuster ablaufen. Man kann sich vorstellen, was sich in einem Menschen abspielt, der ständig oder häufig negative, belastende Zukunftsbilder im Kopf mit sich trägt.

2.6 Die Rolle des Mandelkerns (Amygdala) und die Stressreaktion

Kommen die Nervenzell-Netzwerke der Großhirnrinde und des limbischen Systems aufgrund des Vergleichs mit ähnlichen früheren Erfahrungen zu dem Ergebnis, dass eine aktuelle Gefahrensituation vorliegt, dann veranlassen Großhirnrinde und limbisches System die Ausrufung eines Alarmzustandes. Wesentlich ist dabei die Rolle des Mandelkerns (Amygdala), wo emotionale Vorerfahrungen gespeichert sind. Die Nervenzellen der Amygdala setzen bei Wahrnehmung einer Gefahr an ihren Synapsen große Mengen des Nervenbotenstoffes Glutamat frei.

Mit dem Botenstoff Glutamat alarmiert der Mandelkern den Hypothalamus (wo daraufhin das Gen zur Bildung des Stressfaktors CRH aktiviert wird) sowie Alarmzentren des tiefer liegenden Hirnstamms. Im Hirnstamm setzen Nervenzellen daraufhin an ihren Synapsen umgehend Noradrenalin frei. Der Neurotransmitter (Botenstoff) Noradrenalin aktiviert Puls, Kreislauf, Blutdruck und Atmung.

2.7 Drei ‚Mechanismen‘ der Stressreaktion

Bisher waren zwei Hauptspannungsmechanismen im Gehirn bekannt, sagt Tibor Harkany von der Abteilung für Molekulare Neurowissenschaften am Zentrum für Hirnforschung in Med Uni Wien. Die Freisetzung beider Mechanismen ist ein Neurotransmitter im Hypothalamus-Manager, sagte der Forscher. Ein Prozess ist eine hormonelle Art und Weise, in der Hormone über die Nebennieren innerhalb weniger Sekunden Stress freigesetzt werden. Der zweite Prozess, der Weg über die Nerven, ist noch schneller, sagte Harkany. Im Bruchteil einer Sekunde führt es zu einer direkten Nervenverbindung, die das Verhalten des präfrontalen Kortex signifikant beeinflusst.⁴

Eine neue internationale Forschung zeigt nun auch einen dritten Weg auf. Neben den Wiener Forschern waren auch die Budapester Semmelweis-Universität, das Karolinska-Institut in Stockholm und die US-amerikanische Yale University an der Forschung beteiligt. Die Ergebnisse dieser internationalen Zusammenarbeit können neue Perspektiven für das Verständnis neuronaler Prozesse bei posttraumatischem Stresssyndrom, chronischem Stress und Burnout eröffnen.

Harkany von der Med Uni Wien, Alan Alpar von der Semmelweis Universität in Budapest, Tamas Horvath aus Yale und Tomas Hökfelt vom Karolinska Institutet entdeckten, dass die gleichen Nervenzellen auch eine Stressantwort auf einen dritten, neu entdeckten Weg hervorrufen können, deren Wirkung viel später eintritt und dauerhaft ist. Der Prozess ist ein Molekül, das für die Entwicklung und Erhaltung des Nervensystems wichtig ist, den sogenannten ‚*ciliary neurotrophin Faktor*‘ (CNTF), der im Gehirnwasser, auch im Stresszentrum, zirkuliert.

Es ist viel langsamer, weil es einen Mechanismus beinhaltet, der sich durch das Gehirnwasser ausbreitet, das der Prozess über den Blutkreislauf übernimmt. Im Gehirnwasser wird die Substanz langsamer verdünnt und kann daher länger wirken. Im Gegensatz dazu bombardieren die Gehirnmoleküle die Nervenzellen im Stresszentrum, die den präfrontalen Kortex kontinuierlich kontinuierlich wach halten. Dies führt zu einem akuterem Zustand des Nervensystems mit höherer Reaktivität.⁵

⁴ Vgl. vaaju.com vom 13.09.2018: *Wiener Forscher haben eine neue Ursache für permanenten Stress entdeckt.* (<https://vaaju.com/austria/wiener-forscher-haben-eine-neue-ursache-fur-permanenten-stress-entdeckt/>).

⁵ Vgl. dsb., ebenda.

„Nach Angaben des ungarischen Erstautors Alpar ist es sehr wahrscheinlich, dass alle drei bekannten Mechanismen unter starker Belastung arbeiten. Diese dritte Art von Prozess, die von den Forschern identifiziert wurde, spielt eine wichtige Rolle bei der Bildung der verzögerten und somit anhaltenden Wirkung. "Welche Teile des Gehirns für die Reaktion auf äußere Stressreize verantwortlich sind, wissen wir seit dem weltberühmten ungarischen Stressforscher Janos Selye⁶." Er beschrieb auch, was in einer Stresssituation passiert, zum Beispiel Hypothalamus Hypophyse, und das aktiviert die Nebennieren, erklärt Höckfelt. Stress ist jedoch ein langfristiger Prozess. Daher kann das Risiko von Umweltgefahren für eine lange Zeit bestehen bleiben, was bedeutet, dass der Organismus nicht nur ein unmittelbares, sondern ein permanentes Problem darstellt.“⁷

2.8 Die Prägung der individuellen Stressreaktion

Nach Auftreten einer Gefahrensituation wird aber nicht nur der Erregerbotenstoff Glutamat freigesetzt. Zudem setzt im selben Moment im Großhirn und im limbischen System eine massive Aktivierung von Genen ein. Die zuerst aktivierten Gene gehören zur Gruppe der Sofortreaktions-Gene (*'immediate early genes'*), deren Genprodukte nach dem Schneeballsystem innerhalb der Zelle dann weitere Gene aktivieren.

Nervenzellen, die während einer Gefahrensituation aktiviert wurden und in sich bestimmte Gene anschalten, tun etwas für ihre Selbsterhaltung. Die Proteine, die im Rahmen der Aktivierung von Genen hergestellt werden, dienen Nervenzellen als Wachstumsfaktoren und verstärken die Kontaktstellen (Synapsen), mit denen die Nervenzellen untereinander vernetzt sind. Nervenzell-Netzwerke in der Großhirnrinde und im limbischen System, die an der Erkennung und Ausrufung einer Alarmsituation mitgewirkt haben, werden somit stabilisiert und verstärkt.

Diese Selbstverstärkung kann auf Dauer bedeutsame Folgen haben: Wenn sich alarmierende Erfahrungen oder Niederlagen im Leben eines Menschen häufen, werden die darauf spezialisierten Nervenzell-Netzwerke die Oberhand gegenüber anderen Netzwerken bekommen, deren Spezialität darin besteht, die Chancen und Bewältigungsmöglichkeiten einer Situation zu erkennen. Einschneidende oder oft wiederholte Vorerfahrungen von Gefahr, Niederlage, Angst und Flucht verändern neuronale Netzwerke also in der Weise, dass diese bei der Interpretation künftiger neuer Situationen die Oberhand haben.

2.9 Frühkindliche Zuwendung und spätere Stressbiologie

Stressforschungen zeigen anhand von Tierversuchen, dass bei liebevoll bemutterten Jungtieren das Stressgen CRH später, im *ausgewachsenen* Zustand, deutlich weniger stark aktiviert wird als bei Tieren, die als Neugeborene nur wenig Zuwendung erhalten hatten. Zugleich hat ein hohes Maß an Zuwendung bei den Jungtieren eine signifikant stärkere Aktivierung eines Gens zur Folge, das den Nervenwachstumsfaktor BDNF (*Brain-Derived Neurotrophic Factor*) produziert. In ihrem späteren Verhalten zeigten sich die Tiere mit

⁶ **Hans Hugo Bruno Selye** (1907-1982) war ein ungarisch-kanadischer, Mediziner, Biochemiker und Hormonforscher. Er entwickelte in den 1930er-Jahren die Grundlagen der Lehre vom Stress und vom allgemeinen Adaptationssyndrom oder Selye-Syndrom. Er wird somit als „Vater der Stressforschung“ beschrieben. (Vgl. https://de.wikipedia.org/wiki/Hans_Selye).

⁷ Studie im EMBO Journal: "*Hypothalamischer CNTF-Volumentransfer bildet kortikale noradrenerge Erregbarkeit bei akutem Stress.*" Alpar A, Zahola P, Hanics J, Hevesi Z, Korchyńska S, Benevento M, Pifl C, Zachar G., Perugini J., Severi I., Leitgeb P., Bakker J., Miklosi AG, Tretiakov E., Keimpema E., Arque G., Tasan RO, SPERK G., Malenczyk K., Mate Z, ua (2018) EMBO J 37: e100087. DOI: 10.15252/embj.2018100087. <http://emboj.embopress.org/cgi/doi/10.15252/embj.2018100087>.

viel Zuwendung nach der Geburt weit weniger ängstlich. Lernaufgaben wurden von ihnen deutlich besser bewältigt als von den Vergleichstieren.

2.10 Sichere Bindung des Kindes als Stressdämpfer mit Langzeitfolgen

Die Anwesenheit und Fürsorge der Mutter oder einer anderen konstanten Bezugsperson ist für die CRH-Stressachse⁸ des Säuglings das beste 'Beruhigungsmittel'. Die Trennung von der Mutter nach der Geburt stellt für Jungtiere einen außerordentlich starken biologischen Stressor dar, der nicht nur zu einer anhaltenden Sensibilisierung des biologischen Stresssystems, sondern auch zu höherer Ängstlichkeit führt.

Frühe Erfahrungen des Kindes, insbesondere die Bindung zur Mutter, haben also biologische und psychologische Langzeitfolgen. Sie regulieren beziehungsweise justieren die Empfindlichkeit des neurobiologischen Stresssystems bis in die Erwachsenenzeit. Die Rolle der Mutter kann auch durch eine andere, konstante und liebevolle Bezugsperson eingenommen werden. Wie Untersuchungen von Stressforschern zeigten, hat die Sicherheit der Bindung des Kindes zur Mutter einen entscheidenden Einfluss auf die kindlichen Stressgene. Kleinkinder mit einer beeinträchtigten Bindung zur Mutter hatten im Vergleich zu Kindern mit sicherer Bindung in Stresssituationen deutlich erhöhte Konzentrationen des Stresshormons Cortisol.

„Empathie- und Spiegelungsdefizite lassen sich zumindest bis zu einem gewissen Grad beheben. Was ein Kind auf Grund ungünstiger Lebensverhältnisse versäumt hat, kann man mit ihm, bei Anwendung geeigneter Trainingsprogramme, ein Stück weit nachholen. Ein Pionier der Entwicklung solcher Verfahren zur Nachentwicklung und Nachreifung der Empathiefähigkeit bei Kindern war der US-Amerikaner Daniel Goleman⁹.“¹⁰

2.11 Mütterlicher Stress in der Schwangerschaft und die Folgen für das Kind

Mütterlicher Stress während der Schwangerschaft hat beim Nachwuchs später in Belastungssituationen eine bleibend erhöhte Auslenkung der CRH-Stressreaktion zur Folge. Die Föten können einen Teil der Stressreize, denen die Mutter ausgesetzt ist, mitbekommen, da Ungeborene bereits im Mutterleib hören, tasten und sogar schmecken können. Darüber hinaus können mütterliche Stresshormone während der Schwangerschaft direkt den kindlichen Organismus beeinflussen.

2.12 Zwischenmenschliche Bindungen als Stressschutz

Dass zwischenmenschliche Bindungen die biologischen Stresssysteme schützen, gilt nicht nur für das Kind, sondern auch im späteren Leben. Bindungen und soziale Unterstützungen haben sich in zahlreichen Studien als einer der wichtigsten Schutzfaktoren gegenüber extremen Ausschlägen der biologischen Stressreaktionen erwiesen. Wenn soziale Unterstützung hilfreich sein soll, so muss sie allerdings von der 'richtigen' Person kommen, d.h. von einer Person, von der die Unterstützung auch 'angenommen' werden kann.

⁸ Als 'Stressachse' bezeichnet man das System von Hypothalamus, Hypophyse und Nebennierenrinde, welches das CRH anschaltet und zur Produktion des Stresshormons Cortisol führt.

⁹ Vgl. Daniel Goleman: *Emotionale Intelligenz*; Hanser Verlag 1996.

¹⁰ Joachim Bauer: *Warum ich fühle was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone*; Hoffmann und Campe Verlag 2005, S. 127.

2.13 Das System der Spiegelneurone und seine Bedeutung für sozialen Stress

Die Entdeckung und Erforschung des neurobiologischen 'Systems der Spiegelneurone' wirft ein neues Licht auf die Bedeutung von sozialen Beziehungen für den Menschen.¹¹ Das System der Spiegelneurone (Spiegel-Nervenzellen) ist ein soziales Orientierungssystem. Es gibt uns in einer gewissen Weise Sicherheit im sozialen Umfeld. Damit wird klar, was es bedeutet, wenn das Orientierungssystem ausfällt, dem wir die Vorhersehbarkeit unseres Umfeldes verdanken. Eine solche Situation bedeutet Unberechenbarkeit und Gefahr. In jeder Gefahrensituation aktiviert der Körper eine große Zahl von Abwehrmechanismen, die zusammenfassend als biologische Stressreaktion bezeichnet werden.

Systematischer sozialer Ausschluss, z.B. in Form von Mobbing, aber auch sonstige Empfindungen von Ablehnung oder Gleichgültigkeit, ist somit chronischer Stress. Soziale Isolation ist für die Betroffenen nicht nur eine psychologische Katastrophensituation, sie schlägt auch auf die Biologie des Körpers durch. Soziale Zuwendung hat die Ausschüttung wichtiger Botenstoffe zur Folge, unter ihnen endogene Opioide, Dopamin und Oxytocin.¹² Dies lässt darauf schließen, dass der Empfang einer Mindestdosis von verstehender Resonanz ein elementares biologisches Bedürfnis ist, ohne das wir letztendlich gar nicht leben können. Der menschliche Organismus reagiert irritiert, wenn er keine spiegelnden Rückmeldungen (mehr) erhält. Diese Erkenntnis hat auch für Führung und Beziehungsgestaltung in Organisationen erhebliche Bedeutung.

Besonders Kleinkinder reagieren nicht nur mit einer massiven Hochregulation, sondern auch mit einer dauerhaften Empfindlichkeitserhöhung ihrer Stress-Gene. Bei dauerhafter Zurückweisung, etwa wenn mit Kindern nicht kommuniziert wird, kommt es, wie Experimente in der Geschichte, etwa unter Kaiser Friedrich II (13. Jhd.) dramatisch gezeigt haben, zum Tod.

Zu den eindrucksvollsten Beispielen, was ein gezielter und vollständiger Ausschluss aus dem sozialen Spiegelungs- und Resonanzraum auch bei Erwachsenen bewirken kann, zählt der Voodoo-Tod in einigen so genannten primitiven Völkern, der 1942 erstmals von dem bedeutenden Mediziner und Stressforscher Walter B. Cannon¹³, später von weiteren Medizern und Psychologen untersucht und beschrieben wurde. Übertritt in einem solchen Volk ein Stammesmitglied ein heiliges Verbot, ein Tabu, dann führt dies zu einem Urteil, das den Betroffenen vollständig aus der Gemeinschaft ausschließt. Man gibt ihm den Auftrag zu sterben. Diese allumfassende Verstoßung hat zur Folge, dass der verzweifelte Betroffene *ohne sonstige äußere Einwirkung* tatsächlich innerhalb kurzer Zeit stirbt.

Auch bei uns gab es im Mittelalter den sozialen Ausschluss aus der Gemeinschaft. Menschen, die sozial bedeutsame Regel verletzten, bekamen die Bezeichnung 'Individuum', wurden also individualisiert, d.h. getrennt von der sozialen Gemeinde. Noch heute findet

¹¹ Ausführlicher zur Bedeutung und Funktion der Spiegel-Neuronen siehe: Bauer, Joachim: *Warum ich fühle was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone*; Hoffmann und Campe 2005.

¹² Mehr zu den körpereigenen 'Drogen', deren Bedeutung und Wirkung, siehe: Zehentbauer, Josef: *Körpereigene Drogen. Die ungenutzten Fähigkeiten unseres Gehirns*; Patmos 2003.

¹³ **Walter Bradford Cannon** (1871-1945) war ein US-amerikanischer Physiologe. Er prägte den Begriff Fight-or-flight-Response, der die Reaktion von Tieren auf Bedrohung beschreibt, und veröffentlichte zu dem Thema (1915) *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage*.

Das Konzept der Homöostase (*homeostasis*) entwickelte er in seinem Buch *The Wisdom of the Body* (1932). Die Cannon-Bard-Theorie – die Cannon mit seinem Schüler Philip Bard (1898–1977) erarbeitete – besagt, dass ein „Emotionsreiz“ zwei gleichzeitig ablaufende Reaktionen hervorbringt, die physiologische Erregung und die Wahrnehmung der Emotion. Keine der beiden Reaktionen bedingt die andere. Die Theorie geht davon aus, dass die körperlichen Prozesse von den psychologischen unabhängig sind.

(Vgl. https://de.wikipedia.org/wiki/Walter_Cannon).

sich in ländlichem Sprachgebrauch der Begriff 'du Individuum' als Schimpfwort. Todesfälle nach extremer sozialer Beschämung werden auch in den westlichen Ländern in der wissenschaftlichen Literatur beschrieben. So beschreibt etwa der Ulmer Psychosomatiker Horst Kächele¹⁴ zum Thema psychogener Tod eine größere Zahl eindrucksvoller Fälle von plötzlichem, organpathologisch nicht erklärbarem Tod im Zusammenhang mit extrem gelagerten sozialen Ausschluss- oder Beschämungssituationen.¹⁵

Als Erklärung für die massiven biologischen Effekte sozialer Isolation vermutet man extreme Alarmreaktionen, insbesondere übersteuerte Aktivierungen des sympathischen und parasympathischen Nervensystems, mit der Folge von tödlichen Entgleisungen der Regulation von Blutzucker, Stresshormonen, Herz und Kreislauf. Dass ein emotionaler Schock bei sonst völlig herzgesunden Menschen, verursacht durch eine massive Überaktivierung des sympathischen Nervensystems, ein totales Herzversagen auslösen kann, wurde kürzlich durch Ilan Wittstein und Kollegen eindrucksvoll nachgewiesen.^{16 17}

Chronischer Stress ist ein Krankheits- und Selbstzerstörungsprogramm. Biologische Selbstzerstörungsprogramme, die unter bestimmten Bedingungen aktiviert werden, sind ein überall in der Natur anzutreffendes Phänomen. Selbst einzelne Zellen verfügen über die Option, Gene anzuschalten, um die eigene Selbstzerstörung, 'Apoptose' genannt, in die Wege leiten. Einen ganz ähnlichen Mechanismus gibt es bei Nervenzellen des menschlichen Gehirns. Überhöhte Konzentrationen körpereigener Alarmbotenstoffe wie Glutamat und Cortisol können den Tod von Nervenzellen bewirken. Daher macht chronischer Stress nicht nur krank, sondern auch dumm.

Geradezu unheimlich muten psychologisch angebaute Selbstzerstörungseffekte an, die nach Erfahrungen sozialer Zurückweisung auftreten. Die bekannteste Spielart solcher Programme ist der Suizid, aber auch beispielsweise die Sucht, quasi ein 'Suizid auf Raten', oder die Selbstverletzung. Als Suizidauslöser sind seit langem soziale Kränkungen und/oder der Verlust einer bedeutsamen Bezugsperson bekannt.

Erst in den letzten Jahren hat man herausgefunden, dass auch Menschen mit schweren körperlichen Gewalterfahrungen, bei denen die erlittene Tat zu einer Zerstörung der persönlichen Integrität und des Selbstwertgefühls geführt hat, *intuitive* Impulse erleben, sich umbringen zu müssen. Bei Personen, die eine traumatische Erfahrung gemacht haben, ist das Risiko nachgewiesenermaßen objektiv erhöht, impulsiv Suizidhandlungen zu begehen. Dies erklärt auch die besonders hohe Gefährdung bei Kindern, die Missbrauch, Gewalt

¹⁴ **Horst Kächele** (*1944) ist ein deutscher Arzt, Psychoanalytiker und Psychotherapieforscher. Er war von 1990 bis 2009 Inhaber des Lehrstuhls für Psychotherapie und ab 1997 auch Ärztlicher Direktor der *Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* der Universität Ulm. Von 1988 bis 2004 leitete er die Forschungsstelle für Psychotherapie Stuttgart. Er gilt als Verfechter empirisch fundierter psychoanalytischer Forschung, einer manchmal auch als *Ulmer Schule der Psychoanalyse* bezeichneten Lehrmeinung. (Vgl. https://de.wikipedia.org/wiki/Horst_Kächele).

¹⁵ Horst Kächele: *Der Begriff psychogener Tod in der medizinischen Literatur*, Z psychosom Med Psychoanal, 1969.

¹⁶ Die **Stress-Kardiomyopathie** (auch **Gebrochenes-Herz-Syndrom**, **Tako-Tsubo-Kardiomyopathie**, **Tako-Tsubo-Syndrom** oder **Broken-Heart-Syndrom**) ist eine seltene, akut einsetzende und oft schwerwiegende Funktionsstörung des Herzmuskels, die vorwiegend bei älteren Frauen auftritt. Die Symptome gleichen denen eines Herzinfarktes und treten meist unmittelbar nach einer außerordentlichen emotionalen oder körperlichen Belastung auf. Die Ursache der erst in den 1990er Jahren als eigenständige Erkrankung beschriebenen Störung ist unklar; den meist deutlich erhöhten Blutspiegeln von Stresshormonen, insbesondere den körpereigenen Katecholaminen wie Adrenalin und Noradrenalin, scheint eine entscheidende Bedeutung zuzukommen. (Vgl. <https://de.wikipedia.org/wiki/Stress-Kardiomyopathie>).

¹⁷ Vgl. Wittstein IS et al.: *Neurohumoral features of myocardial stunning due to sudden emotional stress*. N Engl J Med (2005).

oder Zurückweisung erfahren, insbesondere dann, wenn diese von bedeutsamen Bezugspersonen ausgeht.

2.13 Spiegelneurone bei Stress und Angst

Untersuchungen zeigen, dass Angst, Anspannung und Stress die Signalrate der Spiegelneurone massiv reduzieren. Sobald Druck und Angst erzeugt werden, klinkt sich alles, was vom System der Spiegelneurone abhängt, aus: das Vermögen, sich einzufühlen, andere zu verstehen und Feinheiten wahrzunehmen. Dort, wo Angst und Druck herrschen nimmt auch eine weitere Fähigkeit ab, die von der Arbeit der Spiegelsysteme lebt: die Fähigkeit zu lernen. Stress und Angst sind daher in allen Bereichen, wo Lernvorgänge eine Rolle spielen kontraproduktiv. Dies betrifft nicht nur den Arbeitsplatz oder die Schule. Auch in schwierigen zwischenmenschlichen Situationen, in Konflikten und Krisen sind Auswege nur dann zu finden, wenn keine Atmosphäre der Angst herrscht. Nur dann sind die Beteiligten in der Lage, neue Aspekte in ihren Erfahrungshorizont aufzunehmen, also dazuzulernen.

Dass Spiegelneurone bei Angst und Stress in ein Leistungstief fallen, hat allerdings noch eine weitere Folge: Die Hemmung des Spiegelsystems bei Stress dürfte eine Erklärung dafür sein, dass intuitive Reaktionen bei starker Belastung und Panik ausgesprochen irrational ausfallen und die Lage oft noch schlimmer machen, als sie ohnehin schon ist.

3. Gründe für Stress und Auswege¹⁸

3.1 Mangelnde Qualität zwischenmenschlicher Beziehungen

Nicht nur unser seelisches Empfinden, sondern auch die neurobiologische Ausstattung unseres Gehirns ist auf gute zwischenmenschliche Beziehungen angewiesen. Wenn im Leben eines Menschen Angst, anhaltende Traurigkeit, Stressgefühle oder andere emotionale Schwierigkeiten auftauchen, dann hat dies in der Regel damit zu tun, dass im Rahmen einer bedeutsamen zwischenmenschlichen Beziehung diese Menschen wichtige emotionale Anliegen beziehungsweise Bedürfnisse in Gefahr geraten sind.

Die Gefühle, die in einer zwischenmenschlichen Beziehung 'in trouble' geraten können, sind vielfältiger Natur. Insbesondere Partnerbeziehungen können sich aus sehr unterschiedlichen Gründen 'verhaken'. Der Endpunkt, an dem es für viele ohne Hilfe nicht mehr weitergeht, ist in den meisten zwischenmenschlichen Beziehungen dann erreicht, wenn Kränkungen oder Demütigungen zum Abbruch des Gesprächsfadens zwischen zwei Menschen geführt haben.

Besteht ein Interesse an der Fortsetzung der Beziehung, so besteht der erste Schritt im Rahmen einer Psychotherapie oder Beratung darin, die Kommunikation zwischen den Beteiligten wieder in Gang zu bringen, um herauszufinden, worum es *eigentlich* geht. Meist stellt sich dann im Rahmen einer Reihe von Gesprächssitzungen heraus, dass es im Zusammenhang mit Wünschen (oder Sehnsüchten), die in der Beziehung zurückgehalten wurden, zu Enttäuschungen oder Ärger kam.

Die Gründe, warum Wünsche und Sehnsüchte in einer Beziehung nicht zur Geltung kommen, sind vielfältig. Manchmal stehen den eigentlich gehegten emotionalen Wünschen andere Gefühle im Weg, z.B. Stolz, Ärger oder die Angst, vor sich beziehungsweise dem anderen Menschen 'keine gute Figur' zu machen. Solche Positionen, mit denen sich viele

¹⁸ Vgl. dazu ausführlicher: Joachim Bauer: *Das Gedächtnis des Körpers*, Piper 2004 und *Warum ich fühle was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone*; Hoffmann und Campe 2005.

Menschen - oft ohne es bewusst zu wissen - selbst (beziehungsweise ihren emotionalen Bedürfnissen) im Wege stehen, haben in der Regel mit Vorerfahrungen in früheren Beziehungen zu tun, bei denen der Betreffende gezwungen war, jene Positionen einzunehmen, die ihm jetzt hinderlich sind.

3.2 Fünf Tipps, mit (Beziehungs-)Stress umzugehen

Joachim Bauer nennt fünf Hilfen, die man als Selbsthilfe beachten kann bzw. sollte:¹⁹ Womit man es bei Angst, Stress und einem Beziehungsproblem zunächst selbst versuchen kann, wenn man mit der Konsultation eines Psychotherapeuten oder eines entsprechend qualifizierten Coach noch warten möchte, ist:

1. Überlegen Sie in einer ruhigen Minute in *welcher* ihrer Beziehungen das wirkliche Problem auftritt. Oft werden Probleme von einer Beziehung in die andere 'verlagert', z.B. von der Beziehung mit einem/einer Vorgesetzten zur Partnerbeziehung oder umgekehrt. Natürlich kann es auch sein, dass mehrere Beziehungen gleichzeitig Probleme bereiten.
2. Versuchen Sie dann in einer ruhigen Situation für sich selbst herauszufinden, was ein für Sie wichtiges, zugleich aber auch realistisches erstes Teilziel wäre, das Sie als Wunsch dem Beziehungspartner gerne vortragen würden. Je 'emotionaler' der Gegenstand des Wunsches ist (z.B. Kritik beziehungsweise Ärger oder ein Wunsch nach Anerkennung, Liebenswürdigkeit oder Zärtlichkeit), desto besser. Dies heißt aber nicht, dass Sie den Wunsch in emotional aufgeladener Weise vortragen sollten.
3. Teilen Sie dann dem/der Beziehungspartner/in in einer entspannten Situation mit, dass Sie mit ihm/ihr 'in Ruhe sprechen' wollen, und tun Sie dies zu einem Zeitpunkt, an dem kein Zeitdruck herrscht. Versuchen Sie, das Gespräch freundlich zu führen, und bedenken Sie, dass Ihr/e Gesprächspartner/in vermutlich genauso Angst und Stress empfindet wie Sie. Beginnen Sie das Gespräch damit, dass Sie dem/der Gesprächspartner/in als Erstes *kurz* sagen, was Sie an ihm/ihr am meisten schätzen (auch das sollten Sie sich vorher überlegt haben). Kommen Sie dann aber rasch zum eigentlichen Punkt und tragen Sie Ihr Anliegen vor.
4. Besprechen Sie Ihr Problem mit Angehörigen oder FreundInnen. Freunde, die abwägend und in Ruhe Stellung nehmen, helfen mehr als solche, die mit Ihnen gleich in den Krieg ziehen wollen.
5. Tun Sie etwas nur für sich: Treiben Sie entweder Sport (gehen Sie z.B. zwei- bis dreimal in der Woche laufen, wandern, radfahren oder schwimmen), oder erlernen Sie eine Entspannungsübung (z.B. Muskelrelaxation nach Jacobson, autogenes Training, Selbsthypnose, Meditation, Yoga oder Qigong), die Sie dann regelmäßig anwenden. Die individuellen Möglichkeiten, die zu einer guten Work-Life-Balance beitragen können, sind vielfältig.²⁰

Wenn Sie mit diesen fünf Punkten nicht weiterkommen, ist das Leben noch lange nicht zu Ende. Es muss nicht an Ihnen liegen, wenn die von Ihnen gewünschte Klärung und Verbesserung einer Beziehung nicht funktioniert. Vielleicht ist dies dann aber auch der Zeitpunkt, an dem sie erwägen sollten, eventuell eine/n Psychotherapeutin/Therapeuten zu konsultieren.

¹⁹ Vgl. Joachim Bauer: *Das Gedächtnis des Körpers*, Piper 2004, S. 18 f.

²⁰ Vgl. Manfred Cassens: *Work-Life-Balance. Wie Sie Berufs- und Privatleben in Einklang bringen*; dtv 2003.

4. Dauerstress am Arbeitsplatz: Das Burnout-Syndrom^{21 22 23}

4.1 Der Arbeitsplatz als Gesundheits-/Krankheitsfaktor

Zwischenmenschliche Beziehungen hinterlassen ihre Spuren in Seele und Körper auch am Arbeitsplatz. Der Anteil der Lebenszeit, den berufstätige Menschen am Arbeitsplatz verbringen, steht in keinem Verhältnis zu der geringen Aufmerksamkeit, den die seelische und körperliche Gesundheit am Arbeitsplatz in der Öffentlichkeit genießt. Erst in jüngerer Zeit, als das zum Teil erschreckende Ausmaß des gesundheitlichen Verschleißes in einigen Berufsgruppen deutlich wurde, gewann das Thema der Gesundheit am Arbeitsplatz neue Aktualität. Wie sich in einigen umfangreichen Untersuchungen, unter anderem in einer groß angelegten Studie der AOK aus dem Jahre 2000, zeigte, sind zwischenmenschliche und organisatorische Faktoren heute zum Krankheitsfaktor Nr.1 'aufgestiegen', während die früher führenden Krankheitsursachen (Arbeitsstoffe, Geräte, Lärm etc.) heute nur noch eine untergeordnete Rolle spielen. Leider hat die Arbeitsmedizin und die Organisationspsychologie diesen Wechsel in weiten Bereichen noch nicht nachvollzogen.

4.2 Burnout: Die 'neue' Krankheit am Arbeitsplatz

Beim Burnout-Syndrom²⁴ handelt es sich um ein inzwischen international anerkanntes Störungsbild, das aber aufgrund seiner Definition sowohl hinsichtlich seiner Ursachen als auch hinsichtlich seiner Auswirkungen auf den Arbeitsplatz bezogen ist. Burnout ist als 'schleichende Depersonalisation' eine psychische/psychosomatische Erkrankung und wird in der internationalen Klassifikation (ICD 10) auch als 'Erschöpfungssyndrom' bezeichnet.

Seine drei Hauptkennzeichen sind erstens emotionale Erschöpfung (englisch: '*emotional exhaustion*'), zweitens eine negative oder zynische Einstellung gegenüber Vorgesetzten, Kollegen und Kunden ('*depersonalization*') sowie drittens eine negative Einschätzung des Sinnes und der Qualität der eigenen Arbeit ('*low personal accomplishment*'). Das Vorlie-

²¹ Vgl. dazu ausführlicher: Joachim Bauer: *Das Gedächtnis des Körpers*, Piper 2004 und *Warum ich fühle was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone*; Hoffmann und Campe 2005.

²² Siehe dazu auch: Burisch, Matthias: *Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung*; Springer 1994. Maslach, Christina / Leiter, Michael P.: *Die Wahrheit über Burnout. Stress am Arbeitsplatz und was Sie dagegen tun können*; Springer 2001. Dsb.: *Burnout erfolgreich vermeiden. Sechs Strategien, wie Sie Ihr Verhältnis zur Arbeit verbessern*; Springer Verlag 2007.

²³ Vgl. auch: Bauer, Joachim: *Arbeit. Warum sie uns glücklich oder krank macht*; Heyne Verlag 2015.

²⁴ Geprägt wurde der Begriff „Burnout“ von Herbert J. Freudenberger 1974 in Amerika (H. Freudenberger: *Staff Burn-Out*. In: *Journal of Social Issues*. Jg. 30, Nr. 1, 1974, S. 159–165.)

Der deutschstämmige Psychoanalytiker konzentrierte sich in seinen Untersuchungen auf ehrenamtliche MitarbeiterInnen in Hilfsorganisationen, wie z.B. Kriseninterventionszentren, Frauenhäuser, oder therapeutische Wohngemeinschaften. Beobachtet wurde dabei ein hoher Grad von Erschöpfung, Reizbarkeit, Rigorosität und Starrköpfigkeit. Mittlerweile wird das Burnout-Syndrom jedoch nicht mehr nur als „Berufskrankheit von SozialarbeiterInnen“ angesehen, sondern als ein Krankheitsbild, das alle Branchen betreffen kann.

Vgl. auch Freudenberger, Herbert / North, Gail: *Burn-out bei Frauen. Das Gefühl des Ausgebranntseins*; Krüger Verlag 1992.

Eine umfassende wissenschaftliche Theorie zum Burnout-Syndrom lieferte auch der Hamburger Psychologe und emerit. Univ.-Professor Matthias Burisch (*1944): *Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung*; Springer Verlag 1994.

Neben seiner universitären Tätigkeit arbeitet Matthias Burisch als Berater, Trainer und Coach für Psychologen und Führungskräfte. Dabei widmet er sich besonders den Themen der Burnout-Prophylaxe, dem sog. Energy Management, der Resilienz, Kommunikation und Kooperation im beruflichen Alltag. Dazu sein Modell: *Dr. Burischs Burnout-Kur - für alle Fälle. Anleitungen für ein gesundes Leben*. Berlin: Springer 2015. (Vgl. https://de.wikipedia.org/wiki/Matthias_Burisch).

gen und das Ausmaß eines Burnout-Syndroms lässt sich mit einem objektiven Test (z.B. Fragebogen) erfassen.

Das Burnout-Syndrom ist eine medizinisch relevante Gesundheitsstörung. Sie wird seitens des Arztes - wenn überhaupt - meist unter verschiedenen anderen Diagnosen erfasst (Erschöpfungssyndrom, Depression, Schlafstörung oder psychosomatische Störung oder chronisches Müdigkeitssyndrom und Ähnliches). Tatsächlich gibt es beim Burnout-Syndrom immer Überlappungen mit anderen medizinischen Erkrankungen, vor allem mit depressiven Störungen, Angststörungen, Schlafstörungen sowie mit Schmerzkrankungen und anderen psychosomatischen Störungen.

Obwohl die Ursachen des Burnout-Syndroms in der überwiegenden Mehrheit der Fälle im zwischenmenschlichen Bereich liegen, zeigen sich die Auswirkungen in hohem Maße in körperlichen Beschwerden. Wie neuere Untersuchungen belegen, weisen an einem Burnout-Syndrom leidende Erwerbstätige die höchsten Raten körperlicher und psychosomatischer Beschwerden auf. Studien zeigen, dass beim Burnout-Syndrom Veränderungen des Stresshormons Cortisol sowie Störungen im Bereich des Immunsystems auftreten. Bei Frauen kann das Burnout-Syndrom zusätzlich auch mit Störungen des Menstruationszyklus einhergehen. Es liegen sogar Hinweise darauf vor, dass Burnout-Verschleiß die Entwicklung einer koronaren Herzkrankheit begünstigt.

4.3 Neue Formen der Belastung am Arbeitsplatz

Am Arbeitsplatz haben - anders als in früherer Zeit - seelische Belastungsfaktoren die körperlich-physischen Belastungen inzwischen eingeholt, teilweise sogar deutlich überholt. Laut einer AOK-Studie an über 15.000 Befragten klagten 30-35 Prozent der Erwerbstätigen über starke, objektiv beschreibbare *psychische* Belastungen. Der Anteil jener, die psychosomatische Körpersymptome erleben, geht darüber noch weit hinaus. Die Raten für depressive Stimmung, Schlafstörungen, Nervosität, Unruhe und Reizbarkeit lagen zwischen 60 und 80 Prozent. Erwerbstätige, die in der AOK-Studie über Verspannungen, Rückenschmerzen oder Abgeschlagenheit klagten (dies waren jeweils über 70 Prozent aller Erwerbstätigen!), nannten als Belastungsfaktoren unter anderem ein schlechtes Betriebsklima, ungerechte Behandlung durch den Vorgesetzten, Eintönigkeit, Hektik und eine dadurch verursachte innere Abneigung gegen die Arbeit.

Der 'menschliche Faktor' spielt am Arbeitsplatz inzwischen eine Hauptrolle: Ein gutes Verhältnis zu KollegInnen hielten in der AOK-Studie 52 Prozent, ein gutes Einvernehmen mit dem Vorgesetzten über 30 Prozent aller Befragten für 'besonders wichtig'. Um so fataler, wenn gleichzeitig mehr als zwölf Prozent der über 15.000 Befragten das Betriebsklima für sehr schlecht hielten und elf Prozent sich von ihrem Vorgesetzten ungerecht behandelt fühlten. Doch trotz einer hohen Rate objektiver und subjektiver auf den Arbeitsplatz bezogener Beschwerden leidet nur etwa ein Drittel derer, die Beschwerden haben, am Burnout-Syndrom. Auf welche Faktoren kommt es also zusätzlich an?

4.4 Burnout-Faktor 1: Arbeit mit schwierigen Klienten oder Kunden

Den gefährlichen Burnout-Mix aus emotionaler Erschöpfung, negativ-zynischer Einstellung anderen Menschen gegenüber und Zweifeln an der eigenen Arbeit erleiden Menschen vor allem in jenen Berufen, in denen eine emotional engagierte Hinwendung zu anderen Menschen gefordert ist. Wenn im Beruf bei denjenigen, für die man beruflich tätig ist, trotz hoher eigener Verausgabung sichtbare Erfolge ausbleiben und dies nicht durch Anerkennung von anderer Seite (KollegInnen, Vorgesetzte) kompensiert wird, dann kommt es zur

so genannten 'Gratifikations-Krise'. Eine solche Situation kann - allerdings meist unbewusst - beim Arbeitnehmer zu der Schlussfolgerung führen, die berufliche Eignung der eigenen Person sei ungenügend oder die Arbeit als solche insgesamt sinnlos. Zusätzlich beginnt der/die ArbeitnehmerIn in der Regel dann auch gegenüber den Menschen, für die er/sie tätig ist, negative Gefühle zu entwickeln.

Wie zahlreiche Beobachtungen aus der Verhaltensforschung (insbesondere Modelle der *'learned helplessness'*, d.h. der 'gelernten Hilflosigkeit'²⁵) zeigen, vermag nichts die Motivation und den Arbeitsantrieb derart nachhaltig zu ruinieren wie ausbleibende positive Rückmeldungen (z.B. sichtbare Erfolge der eigenen Arbeit, Lob, Anerkennung). Daher tragen vor allem jene Berufe ein hohes Burnout-Risiko, in denen es Menschen zu versorgen gilt, von denen wenige positive Rückmeldungen kommen, oft auch gar nicht kommen können.

4.5 Burnout-Faktor 2: Schlechte Arbeitsbedingungen und fehlende Unterstützung

Wo aus der Arbeit selbst kommende positive emotionale Rückmeldungen gering sind, gewinnen äußere Arbeitsbedingungen eine entscheidende Bedeutung: Hohe Burnout-Raten wurden vor allem dort festgestellt, wo hoher Arbeitsdruck herrscht und wenig individuelle Gestaltungsmöglichkeiten der eigenen Arbeit bestehen. Eine solche Situation am Arbeitsplatz wird in der Fachliteratur mit *'high demand - low influence'* ('hohe Anforderungen - wenig Einfluss') bezeichnet. Eine solche Konstellation bringt ein hohes Burnout-Risiko mit sich.

Als mindestens ebenso bedeutsam für die Begünstigung von Burnout hat sich fehlende Unterstützung durch Kollegen oder Vorgesetzte herausgestellt. Kollegiale Unterstützung vermag allerdings nur dort vor Burnout zu schützen, wo Erwerbstätige bereit sind, sie auch in Anspruch zu nehmen. Nicht selten haben Burnout-Betroffene aber gerade hier ein Problem: Viele derer, die im Burnout landen, waren zuvor jahrelang Persönlichkeiten mit hohem persönlichen Leistungsanspruch, wollten ihre ehrgeizigen beruflichen Zielsetzungen aber als 'Einzelkämpfer' erreichen und legten auf den kollegialen Kontakt zu geringen Wert.

4.6 Burnout-Faktor 3: Die persönliche Einstellung²⁶

Perfektionistische Arbeitseinstellungen, mit denen sich Erwerbstätige selbst unter Druck setzen und überfordern (oft ohne dass sie diese Überbeanspruchung bewusst erleben), können nach wenigen Jahren in eine Burnout-Situation führen. Gerade bei tüchtigen und (über-)engagierten Mitarbeitern, die für berufliche Ziele oft private Interessen zurückzustellen bereit sind und über die Vorgesetzte und Kollegen verständlicherweise zunächst sehr erfreut sind, sollten Vorgesetzte in fürsorglicher Voraussicht die Gefahr eines späteren Burnout im Auge behalten.

²⁵ Vgl. Seligman, Martin E. P.: *Erlernte Hilflosigkeit*; PVU 1986.

Anmerkung: Seligman (*1942) entwickelte in der Folge ein umfassendes, wissenschaftlich fundiertes Programm im Sinne einer 'Positiven Psychologie', welches den Menschen auf dem Weg zu ganzheitlicher Gesundheit und zu einer gelingenden Lebensführung wirksam unterstützen kann. Vgl. dazu: Martin Seligman: *Wie wir aufblühen. Die fünf Säulen des persönlichen Wohlbefindens*; Goldmann Verlag 2015.

(Vgl. https://de.wikipedia.org/wiki/Martin_Seligman).

²⁶ Vgl. dazu auch: Schaarschmidt, Uwe / Fischer, Andreas W.: *Bewältigungsmuster im Beruf; Persönlichkeitsunterschiede in der Auseinandersetzung mit der Arbeitsbelastung*; Vandenhoeck & Ruprecht 2001.

4.7 Prävention und Therapie des Burnout-Syndroms^{27 28 29}

Kontinuierliche Präventionsprogramme gegen die Entwicklung von beruflichem Burnout sollten zur Regel werden, insbesondere in Schulen, Krankenhäusern und Pflegeinstitutionen. Arbeitsabläufe sollten grundsätzlich keiner Hetze unterworfen sein. Wo möglich, ist für eine gewisse Aufgabenvielfalt (anstatt Eintönigkeit) und für die Möglichkeit Sorge zu tragen, dass Dienst Tuende gewisse Freiräume zur individuellen Gestaltung ihrer Arbeit haben. Einzelgängerische und überehrgeizige MitarbeiterInnen, die sich bis zur Grenze verausgaben, sollten nicht als Vorbilder gelten, sondern eher dahingehend beeinflusst werden, ihre Zusammenarbeit und die Kommunikation mit Kollegen zu verstärken.

'Erste Wahl' zur Prävention gegen Burnout-Verschleiß sind so genannte Supervisionsgruppen, also Kollegen-Gesprächskreise, die jedoch von externen (d.h. nicht aus dem eigenen Betrieb kommenden) Gesprächsleitern moderiert sein sollten (z.B. PsychotherapeutInnen und anerkannte SupervisorInnen). Solche Supervisionsgruppen zeigten sowohl bei Ärzten und Pflegekräften als auch bei Lehrern sehr gute Effekte gegenüber Burnout-Symptomen.

Leidet ein/e ArbeitnehmerIn bereits an klinisch relevanten Burnout-Symptomen, dann sollte eine psychotherapeutische oder psychosomatische Behandlung erfolgen. Unspezifische Kuren helfen hier allerdings nicht weiter, vielmehr ist eine spezifische psychosomatische Behandlung angezeigt, bei der die Betroffenen lernen können, ihre zwischenmenschlichen Beziehungen so zu gestalten, dass ihre seelische und körperliche Gesundheit am Arbeitsplatz keinen Schaden nimmt.

Die Betrachtung des systemischen Zusammenhanges ist dabei essenziell: „Menschliche Erlebens- und Verhaltensweisen vollziehen sich immer in Zusammenhang mit anderen Menschen und anderen Umweltkräften und in Bezug auf sie. Die relevante Grundeinheit, die es zu betrachten gilt, ist, über den individuellen Organismus hinausgehend, das ganze Ökosystem, in das dieser eingebettet ist. Das Ökosystem umfasst zumindest den Organismus und die ganze biosoziale und physikalische Umgebung, d.h. Menschen, Tiere, geografische Faktoren usw. Ohne diese ökosystemischen Umgebungsbedingungen ist ein Organismus nicht verstehbar, sein individuelles Sein nicht denkbar.“³⁰

5. Die dunkle Seite der Seele:³¹ Die Depression³²

5.1 Die Depression: eine verbreitete, sehr 'menschliche' Erkrankung

Nicht bei jeder Form, sich seelisch schlecht zu fühlen, handelt es sich um eine Depression. Jedoch sind depressive Gefühle, also die Verminderung oder der Verlust der Lebenskraft, keinem Menschen fremd. Daher können sich die meisten Menschen unter den verschiedenen Formen seelischen Leidens am ehesten in das hineinfinden, was man eine Depression nennt. Wir spüren zu Recht, dass der Einbruch in einen depressiven Zustand etwas ist, was

²⁷ Umfassende Hilfestellung finden Sie auch in dem vom Wiener Facharzt für Neurologie und Psychiatrie & Psychotherapeuten Dr. med. Günther Possnig initiierten Burnout-Netzwerk, eine Plattform für Burnout-Betroffene und Helfer; Online unter: www.burnoutnet.at

²⁸ Vgl. Karl Wimmer (12/2012): *Burnout-Risiko und -Prävention - eine Selbstreflexion*; in: www.wimmer-partner/aktuell.htm

²⁹ Vgl. Badura, Bernhard et al.: *Betriebliches Gesundheitsmanagement. Ein Leitfaden für die Praxis*; Sigma 1999.

³⁰ Gunther Schmidt: *Einführung in die hypnosystemische Therapie und Beratung*; Carl Auer 2005, S. 50 f.

³¹ Vgl. Wimmer, Karl (05/2005): *Was ist die Seele?* In: www.wimmer-partner.at/aktuell.htm

³² Ausführlicher siehe dazu: Joachim Bauer: *Das Gedächtnis des Körpers*, Piper 2004 und *Warum ich fühle was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone*; Hoffmann und Campe 2005.

im Prinzip einem jeden Menschen widerfahren könnte, wenn genügend Umstände zusammenkommen.

Tatsächlich zeigt sich dort, wo man die Gesamtbevölkerung einer Region in große Untersuchungen einbezogen hat, dass über 15 Prozent der Bevölkerung, also etwa jeder Siebte, mindestens einmal im Leben eine schwere Depression erlebt. Bezieht man die leichteren depressiven Zustände mit ein, dann sind sogar über 30 Prozent der Bevölkerung einmal im Leben von einer Depression betroffen. Am häufigsten erleiden Menschen zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr sowie Personen um das 50. Lebensjahr herum eine Depression, wie Jules Angst von der Universität Zürich, einer der international führenden Depressionsforscher, in seinen Untersuchungen herausfand. Aufgrund der Tatsache, dass es im Rahmen der Depression auch zu einer Aktivierung des Stressgens CRH und damit in der Folge bei depressiven Personen zu einer Erhöhung der Konzentration des Stresshormons Cortisol kommt, handelt es sich bei der Depression in der Tat um eine besondere Form einer 'Stresskrankheit'.

Die Depression ist das Paradebeispiel einer seelischen Gesundheitsstörung, bei der Lebenserfahrungen nicht nur das seelische Befinden, sondern in massiver Weise auch die Aktivität von Genen 'verstellen' und körperliche Abläufe verändern. Ulrich Hegel von der Universität München, einer der deutschen Top-Experten, hat Recht, wenn er die Depression aufgrund von jährlich über 11.000 Suiziden allein in Deutschland - in Österreich sind es, wie eingangs erwähnt, etwa 1.500 - als die "Volkskrankheit Nr. 1" bezeichnet.

5.2 Fehlende Kenntnisse über die depressive Erkrankung^{33 34}

Obwohl viele von uns irgendwann im Leben mit der einen oder anderen Form von Depression zu tun haben, hat das Verständnis bei den meisten, die mit einem depressiven Menschen zu tun haben, doch seine Grenzen. Es dauert nicht lange, bis wir eine mehr oder weniger ärgerliche Ungeduld spüren, dass bei diesem Menschen etwas eingetreten ist, was ihn verändert und unzugänglich gemacht hat für die kleinen Häppchen von Aufmunterung, mit denen wir uns Tag für Tag gegenseitig bei Laune halten.

Beim Umgang mit einem depressiv erkrankten Menschen treten dann häufig zwei Dinge ein, welche die Sache eher noch schlimmer machen. Bei der 'Du hast doch gar nichts'-Variante werden Angehörige oder KollegInnen oft zu begnadeten Hobby-Psychologen und diagnostizieren 'Einbildung', vielleicht mit dem wertvollen Rat, sich 'nicht so hängen zu lassen'. Bei der 'Wenn das so weitergeht, musst du zum Psychiater'-Variante wird dem Betroffenen deutlich gemacht, dass Ausgrenzung, Stigmatisierung und Entwertung drohen, falls es sich wirklich um eine Gesundheitsstörung handeln sollte.

Tatsächlich sollte bei jeder Depression der Rat oder die Hilfe eines Psychotherapeuten oder Psychiaters in Anspruch genommen werden, aber nicht im Sinne einer Bestrafung. Die beiden oben genannten Varianten des falschen Umgangs mit einem depressiv Erkrankten sind nicht nur keine Lösung: Sie verschlimmern die Problemsituation, in der sich der/die Betroffene bereits ohnehin befindet, denn sie werten ihn ab. Das Gefühl der eigenen Wertlosigkeit ist der Ausgangspunkt und der Kern der Depression. Der Verlust des Selbstwertgefühls³⁵ am Beginn einer Depression hat meist eine verborgene Ursache, die auf zum Teil weiter zurückliegenden zwischenmenschlichen Beziehungen beruhen. Das Gefühl, nichts

³³ Vgl. Nuber, Ursula: *Depression, die verkannte Krankheit*; Kreuz-Verlag 2001.

³⁴ Vgl. Real, Terrence: *Mir geht's doch gut. Männliche Depressionen und warum sie sooft verborgen bleiben*; Scherz-Verlag 1999.

³⁵ Vgl. Branden, Nathaniel: *Die 6 Säulen des Selbstwertgefühls*; Piper 2003.

mehr wert zu sein, bedeutet maximalen Stress. Die Auswirkungen der Depression beziehen in großem Umfang den Körper und seine Gene mit ein.

5.3 Unterschiedliche Formen depressiven Krankseins

Die Depression kann in unterschiedlichen Formen auftreten. In den meisten Fällen bezeichnet man mit 'Depression' jene tiefgreifende Veränderung der Stimmung und der Lebenskraft, die als so genannte 'Phase' auftritt, das heißt zu einem bestimmten Zeitpunkt beginnt und sich dann, meist nach Wochen oder gar Monaten, wieder zurückzieht. Bei manchen Menschen zeigt die Depression aber kein Kommen und Gehen, sondern besteht in einer Art durchgehend beeinträchtigtem Lebensgefühl, was als 'Dysthymie' bezeichnet wird.³⁶

Die phasisch auftretende Depression beginnt mit einer langsam zunehmenden inneren Unruhe und dem Gefühl, bestimmten vom Leben gestellten Anforderungen nicht mehr gerecht werden zu können. Lebensfreude, Unternehmungslust und Appetit gehen drastisch zurück und weichen einem qualvollen Lebensgefühl des Nichtgenügens, der eigenen Schuld oder der inneren Leere. Die Konzentrationsfähigkeit und das Gedächtnis können beim Auftreten einer Depression so stark nachlassen, dass manche Betroffene befürchten, an Alzheimer erkrankt zu sein. Sehr typisch für den Beginn einer Depression sind Schlafstörungen, fast immer in Form von sehr frühem morgendlichen Erwachen. Die Betroffenen liegen mit sorgenvollen, oft auch ängstlichen und sich im Kreis drehenden Gedanken wach. Es kommt zu einer erheblich verringerten Leistungsfähigkeit. Die Schlafstörungen bleiben trotz chronischer Müdigkeit fortbestehen.

Bei der 'leichten' und 'mittelgradigen' Depression bleibt das Leiden - mit unterschiedlicher Ausprägung - in etwa in dem soeben geschilderten Bereich. Bei der 'schweren' Depression ist das Denken vollständig auf subjektive Überzeugungen der eigenen Schuld und Wertlosigkeit eingeengt, in den Betroffenen herrscht jetzt meist ein maximales Gefühl der rastlosen Unruhe, emotionaler Starre und inneren Leere vor. Auch leichte Tätigkeiten des Alltags können vom Kranken jetzt kaum noch erledigt werden. In ihrer Qual sind viele der so Betroffenen - in einer von ihnen kaum noch steuerbaren Weise - mit aufkommenden Gedanken beschäftigt, sich umbringen zu müssen, oft in dem vermeintlichen Glauben, ihrer Umwelt nicht zur Last fallen zu dürfen.

Die Depression kann auch in ungewohnten, besonderen Formen auftreten: Seltene, so genannte 'atypische' Formen der Depression gehen nicht mit weniger, sondern mit ungewöhnlich vermehrtem Schlaf einher; in diesen Fällen besteht auch nicht ein Verlust des Appetits, sondern eher eine Zunahme des Hungergefühls. Die dieser 'atypischen' Form besteht die depressive Abschottung von der Umwelt sozusagen in einer Art 'Winterschlaf'-Verhalten. Bei den Ärzten gefürchtet ist eine weitere, nur wenige Tage dauernde Form der Depression, die typischerweise völlig abrupt einsetzt und die Stimmung der Betroffenen

³⁶ Der Begriff **Dysthymie** (*Missmut* von altgriechisch: dysthymós = „missmutig“ und thymós = „Gemüt“) steht für eine langanhaltende depressive Verstimmung. Es handelt sich um eine affektive Störung, die aus den gleichen kognitiven und psychischen Mustern besteht wie die Depression – allerdings mit Symptomen, die weniger ernst sind, aber stattdessen weitaus länger andauern.

Der Begriff wurde von Robert L. Spitzer in den späten 1970ern eingeführt, um damit den Ausdruck „depressive Persönlichkeit“ zu ersetzen. Andere Namen für dasselbe Krankheitsbild sind auch *Dysthymia*, *neurotische Depression*, *dysthymische Störung*, *chronische Depression* oder *Persistierende Depressive Störung*. (Vgl. <https://de.wikipedia.org/wiki/Dysthymie>).

quasi 'abstürzen' lässt ('*Brief Recurrent Depression*'). Sie ist wegen ihrer besonders hohen Suizidgefahr sehr ernst zu nehmen.³⁷

5.4 Trauer und Depression

Einer der entscheidenden Punkte, welche die Depression von der Trauer unterscheiden, ist das Gefühl von Wertlosigkeit, also der Verlust des Selbstwertgefühls.³⁸ Dagegen ist manches andere bei Depression und Trauer zum Teil sehr ähnlich. Eine dieser Gemeinsamkeiten von Trauer und Depression besteht darin, dass dem *erstmaligen* Auftreten einer Depression im Leben eines Menschen - wie bei der Trauer - immer ein bedeutsames belastendes Ereignis vorausgeht. Bedeutsam ist auch, dass der Trauer dem Prinzip nach eine natürliche seelische Heilungsfunktion zukommt - man beachte etwa auch die kulturellen Trauer-rituale - während Depression auf jeden Fall einen Krankheitsstellenwert einnimmt. Demgemäß braucht es eine jeweils andere Form von Begleitung oder Therapie, so dass Trauer wie auch Depression einen guten - heilsamen - Verlauf nimmt.

5.5 Auslöser der Depression

Durch sorgfältige Studien konnte nachgewiesen werden, dass sich kurz vor dem *erstmaligen* Auftreten einer Depression typische Ereignisse feststellen lassen: Probleme oder Konflikte in der Partnerschaft beziehungsweise Ehe; drohende oder tatsächlich vollzogene Trennung beziehungsweise Scheidung; der Tod eines nahestehenden Menschen; nicht zuletzt aber auch Konflikte, Überforderungen oder Kränkungen im beruflichen Umfeld. Gemeinsames Merkmal dieser Ereignisse ist, dass sie erstens alle mit zwischenmenschlichen Beziehungen zu tun haben und zweitens bedeuten, dass zwischenmenschliche Bindungen in Gefahr sind oder verloren gingen. Zwischenmenschliche Bindungen sind, wie oben bereits ausgeführt, ein Schutzfaktor gegenüber der Aktivierung von Stressgenen. Der Wegfall dieses Schutzfaktors scheint sich auch als Auslöser einer Depression zu 'eignen'.

Das eigentliche 'Geheimnis' der Depression ist mit dem Hinweis auf nachgewiesene belastende Ereignisse als Auslöser keineswegs geklärt. Wichtige Fragen stellen sich vor allem aus zwei Gründen. Der erste Grund ist, dass sich vor einer *erstmalig* aufgetretenen Depression zwar immer schwere Belastungsereignisse der genannten Art finden lassen, dass in der Allgemeinbevölkerung aber bei weitem nicht alle Menschen eine Depression erleiden, denen solche Ereignisse widerfahren. In der Tat: Da Beziehungskrisen, Trennungen und der Tod nahestehender Personen ja fast jedermann/frau im Leben einmal zustoßen, müsste tatsächlich nahezu die gesamte Bevölkerung irgendwann einmal eine Depression erleiden. Innerhalb der Gesamtbevölkerung durchgeführte Untersuchungen zeigten jedoch, dass weniger als 20 Prozent der Menschen, denen ein sehr schweres Belastungsereignis zustoßt, mit einer Depression reagieren.

³⁷ **Recurrent brief depression, dtsh. Rezidivierende Kurzdepression (RBD)** definiert eine psychische Störung, die durch intermittierende depressive Episoden gekennzeichnet ist, die nicht mit Menstruationszyklen bei Frauen in Zusammenhang stehen und zwischen etwa 6-12 Mal pro Jahr über mindestens ein Jahr oder länger liegen und die diagnostischen Kriterien für depressive Episoden erfüllen (DSM-IV und ICD-10). Die Dauer einer RBD beträgt meist weniger als 14 Tage, typischerweise 5-7 Tage. Trotz der kurzen Dauer der depressiven Episoden sind solche Episoden schwerwiegend und Suizidgedanken und Funktionsstörungen sind eher üblich. Die Mehrheit der Patienten mit RBD berichtet auch von Angstsymptomen und erhöhter Reizbarkeit. (Vgl. https://en.wikipedia.org/wiki/Recurrent_brief_depression).

³⁸ Vgl. Branden, Nathaniel: *Die 6 Säulen des Selbstwertgefühls*; Piper 2003.

5.6 Wenn die Depression sich 'selbständig' macht

Ein weiterer Grund, der eine tiefer gehende Betrachtung der Depression nötig macht, ist ein besonders erstaunliches Phänomen, das lange Zeit Rätsel aufgab und in der Medizin vorübergehend zu völlig falschen Annahmen geführt hatte: Etwa die Hälfte aller Personen, die an einer erstmaligen Depression erkranken, erleidet nach einiger Zeit - meist nach etwa zwei bis fünf Jahren - einen weiteren depressiven Einbruch. Bei einem Teil von diesen kommt es im weiteren Verlauf des Lebens, oft erneut im Abstand von etwa zwei bis vier Jahren, sogar noch zu weiteren 'depressiven Phasen' bzw. 'depressiven Episoden'.

Das Erstaunliche ist, dass die Schwere der auslösenden Ereignisse bei den Depressionen, die der ersten Depression folgen, rapide abnimmt. Oft findet sich ab der dritten depressiven 'Phase' bzw. 'Episode' sogar überhaupt kein 'von außen' feststellbares Belastungsereignis mehr. Dieses merkwürdige Phänomen hat dazu geführt, dass man in der Psychiatrie über einige Jahrzehnte hinweg noch bis vor kurzem der Meinung war, es gebe zwei völlig unterschiedliche Arten von Depression: Die eine Art sei durch Belastungen ausgelöst (sie wurde als 'reaktive Depression' bezeichnet), die andere Art sei 'endogen' (also 'von innen kommend') und auf irgendeine geheimnisvolle Weise sozusagen angeboren.

Die Unterscheidung zwischen 'reaktiv' und 'endogen' wurde vollständig aufgegeben, nachdem durch Studien Folgendes klargeworden war: Jeder Depression geht bei ihrem *erstmaligen* Auftreten ein schweres Ereignis voraus. Bei einem Teil der Betroffenen macht sich die Depression dann jedoch offenbar 'selbständig', das heißt, weitere depressive 'Phasen' können auftreten, obwohl vorausgehende Belastungsfaktoren nur geringgradig oder gar nicht mehr vorhanden waren.

Der Ursache dieses seltsamen Phänomens konnte man erst auf den Grund kommen, als man entdeckt hatte, dass nicht nur zwischenmenschliche Beziehungserfahrungen, sondern auch die Erfahrung einer Krankheit im Körper Spuren hinterlässt, und zwar insbesondere in Nervenzell-Netzen des Gehirns. Man erkannte, dass eine erstmalig aufgetretene Depression, vor allem dann, wenn sie nicht psychotherapeutisch behandelt wurde, im Körper Spuren nach sich zieht, durch die nachfolgenden Depressionen der Weg 'gebahnt' wird. Fachleute sprechen hier von biologischer 'Konditionierung', in der amerikanischen Hirnforschung bezeichnet man das Phänomen als '*Kindling*'.³⁹

Eine einmal voll 'durchgespielte' Depression läuft - leider - beim darauffolgenden Mal 'leichter' ab (für den/die Betroffene/n bedeutet sie jedoch die gleiche Qual). Interessant ist die Beobachtung, dass eine *psychotherapeutische* Behandlung bei der ersten Depression das Risiko einer späteren zweiten Depression nachweislich senkt. Psychotherapie scheint also einen positiven Einfluss auf depressionsverursachende Nervenzell-Netzwerke zu nehmen. Die *medikamentöse* Behandlung einer ersten Depression scheint das Risiko, später erneut an einer Depression zu erkranken, dagegen eher zu erhöhen, wie groß angelegte Studien der Arbeitsgruppen um Mark Evans (University of Chicago) zeigten.

5.7 Wer ist anfällig für Depression?

Warum reagieren manche Menschen auf Belastungsereignisse des oben genannten Typs mit einer Depression, andere aber nur mit einer 'Belastungsreaktion' ohne Depression? Am Beispiel der Stressreaktion hatten wir festgestellt, dass die Auswirkungen äußerer Ereignisse auf den Körper, auch auf die Aktivierung seiner Gene, davon abhängen, wie diese

³⁹ Als **Kindling** (nach engl.: to kindle = entfachen, anzünden) wird in der Neurologie die fortschreitende Zunahme neuronaler Antworten auf eher seltene und schwache Stimulation von Gehirnarealen bezeichnet. (Vgl. <https://de.wikipedia.org/wiki/Kindling>).

Ereignisse *bewertet* werden. Die Bewertung erfolgt durch Nervenzell-Netzwerke in der Hirnrinde und im limbischen System (dem 'Zentrum für emotionale Intelligenz'). Diese Nervenzell-Netzwerke enthalten synaptische Muster (das heißt Muster von Verknüpfungen zwischen Nervenzellen), in denen alle grundlegenden individuellen Vorerfahrungen abgespeichert sind, die dieser Mensch bisher in seinen zwischenmenschlichen Beziehungen und mit sonstigen äußeren Ereignissen gemacht hat. Diese Muster befinden sich in ständiger 'Stand-by'-Bereitschaft, sie sind großteils unbewusst, werden jedoch immer dann automatisch tätig, wenn neue aktuelle Ereignisse bewertet werden müssen.

Die sekundenschnelle, automatische und großteils unbewusste Bewertung *aktueller Ereignisse* erfolgt also durch einen Abgleich mit den individuellen Vorerfahrungen eines Menschen, die in den Nervenzell-Netzwerken von Hirnrinde und limbischen System gespeichert sind. Damit folgt das Gehirn einer inneren 'Weisheit' aller lebenden Systeme, nämlich bei der Bewertung neuer Situationen als einzig sinnvollen Bewertungsmaßstab die bisherigen Erfahrungen heranzuziehen, die der Organismus in ähnlichen Situationen bereits gemacht hat.

Auch 'kleine' Situationen können demnach 'große' Reaktionen reaktivieren, wie etwa eine Depression oder auch sonstige belastenden Verhaltensmuster, wenn sie - unbewusst - als 'ähnlich bedrohlich' bewertet werden. So kann etwa das Zucknallen einer Autotür bei jemandem, der früher einmal ein Trauma durch eine Bombenexplosion erlebt hat, die gleichen Panikreaktionen auslösen, die sich damals, beim ursprünglichen Ereignis ihren Weg in den Nervenzellen des Gehirns gebahnt haben. Daher braucht es in solchen Fällen unbedingt eine psychotherapeutische Aufarbeitung, damit dieses 'alten Muster', das heißt diese Kette an Alarmsignalen aufgrund früherer Erfahrungen, so weitgehend wie möglich 'gelöscht', bzw. 'unwirksam' gemacht wird.

5.8 Wann führt Stress zu Depression und wann nicht?

Da sich vor Beginn der erstmaligen Depression regelmäßig Belastungsfaktoren des bereits genannten Typs nachweisen lassen, ist nun zwar die Schlussfolgerung zulässig, dass es diese äußeren Faktoren sind, welche die Stressreaktion in Gang gesetzt haben. Damit sind wir aber auch bei der Frage, weshalb Konflikte, Trennungen oder der Verlust eines nahestehenden Menschen von vielen Menschen ohne Depression bewältigt werden können, von anderen aber nicht.

Neue äußere Situationen, Veränderungen in zwischenmenschlichen Beziehungen und andere Ereignisse führen, wie wir sahen, nur unter einer bestimmten Voraussetzung zu einer Alarmreaktion des Stresssystems: Wenn durch das innere Bewertungssystem der Seele eine Bewertung dahingehend erfolgt ist, dass die äußere Situation für den betreffenden Menschen eine Gefahr darstellt. Bewertungsmaßstab sind dabei die individuellen Vorerfahrungen, die in den Nervenzell-Netzwerken von Hirnrinde und limbischem System abgespeichert sind.

Nehmen wir einmal an, die Nervenzell-Netzwerke eines Menschen hätten Vorerfahrungen von Trennungen, von Verlusten und verzweifelter Hilflosigkeit aus einer frühen Lebensphase abgespeichert, in der dem Betroffenen noch keinerlei Selbsthilfemöglichkeiten zur Verfügung standen, wo der betroffene Mensch also noch in besonders hohem Maße von zwischenmenschlichen Bindungen abhängig war. In diesem Falle würde das Bewertungssystem der Seele beziehungsweise des Gehirns in jeder späteren, neuen Situation mit einer Alarmreaktion reagieren, in der zwischenmenschliche Bindungen in Gefahr zu geraten drohen (selbst wenn es nur den Anschein hat), erst recht aber, wenn sie tatsächlich schon

verloren gegangen sind. Liegt bei Personen, die anfällig für eine Depression sind, etwa eine solche Situation vor? Unterscheiden sich Personen mit einem erhöhten Risiko für eine Depression dadurch von anderen, dass sie - mehr als andere Menschen - Erfahrungen abgespeichert haben, die ihr seelisches beziehungsweise neurobiologisches Bewertungssystem sensibler gemacht haben, sodass kritische Ereignisse leichter zu einer Alarmierung der Stressgene führen?

Zur Klärung der Frage, ob Personen mit erhöhtem Depressionsrisiko kritische äußere Ereignisse anders bewerten, weil sie besondere Vorerfahrungen abgespeichert haben, bedarf es eines Blickes in die Speicher, in denen Vorerfahrungen 'aufbewahrt' sind. Ein solcher Einblick in die Seele bzw. in die Netzwerke von Hirnrinde und limbischem System ist nicht ganz einfach, heute aber wissenschaftlich durchaus möglich. Aus zahlreichen Forschungen ist der Schluss zu ziehen, dass in den Nervenzell-Netzwerken von Personen mit erhöhtem Depressionsrisiko in der Tat zwischenmenschliche Vorerfahrungen abgespeichert sind, die bei neuen, kritischen Ereignissen das Bewertungssystem schneller als bei anderen Personen in Alarm versetzen.

5.9 Wie die Angst vor Bindungsverlust die Persönlichkeit beeinflusst

Der nachhaltige Einfluss durch frühere Erfahrungen von Bindungsverlust zeigt sich bei Personen mit erhöhtem Depressionsrisiko interessanterweise auch im 'normalen' Alltagsverhalten. Untersuchungen ergaben, dass Personen, die eine Depression erlitten haben, außerhalb der Depression in ihrem Alltag überdurchschnittlich häufig ein intuitives Verhaltensmuster zeigen, das mehr - deutlich ausgeprägter als bei anderen Personen - auf die Sicherung zwischenmenschlicher Beziehungen abzielt. Dabei handelt es sich keineswegs um problematische oder unsympathische Eigenschaften: Überdurchschnittliche Gewissenhaftigkeit, Wertorientierung, Arbeitseifer und Hilfsbereitschaft im Alltagsverhalten wurden bei Personen mit erhöhtem Depressionsrisiko vielfach nachgewiesen.

5.10 Die Depression ist mehr als ein Stresserlebnis

Bei unserer Gesamtbetrachtung der Depression sollten wir nicht übersehen, dass die Depression zwar alle Elemente einer 'Stresskrankheit' enthält, dass sie aber mehr ist als 'nur' die Reaktion auf Stress. Sie beinhaltet zwei sehr wesentliche weitere Elemente: Durch den Absturz des Selbstwertgefühls, der den Schwerpunkt des depressiven Leidens ausmacht, trifft sie den Kern des Menschen, sie verändert die Beziehung, die der Mensch zu sich selbst hat. Aus dieser tief gehenden Infragestellung der eigenen Person können sich für den in einer Depression befindlichen Menschen Zustände äußerster, nicht mehr erträglicher Qual ergeben.

Auch das Selbstgefühl hat im Laufe seiner Entstehung, also während unserer biografischen Entwicklung, zur Bildung von Nervenzell-Netzwerken geführt. Diese Netzwerke, in denen das Selbstgefühl gleichsam 'aufbewahrt' ist, befinden sich im *Gyrus cinguli*, einer zum limbischen System (also zum 'Zentrum für emotionale Intelligenz') gehörenden Hirnstruktur. Daher kann es nicht verwundern, dass schwere Veränderungen des Selbstgefühls, wie sie in der Depression auftreten, diese Nervenzell-Netze verändern. Dies ließ sich in Untersuchungen mit modernen bildgebenden Untersuchungsverfahren zeigen. Faszinierenderweise bilden sich die bei der Depression im Gyrus cinguli auftretenden Veränderungen im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung wieder zurück.

5.11 Die kommunikative Botschaft der Depression

Die Depression verändert nicht nur das Selbstwertgefühl, also die Beziehung des Menschen zu sich selbst. In ebenso einschneidender Weise verändert sie die Beziehung zur Umwelt, sie hat eine - vom Betroffenen nicht beabsichtigte - kommunikative Funktion. Überlegungen aus neuerer Zeit, wie sie z.B. vom Depressionsforscher Randolph Nesse⁴⁰ von der Ann Arbor Universität in Michigan publiziert wurden, gehen dahin, dass die Depression nicht nur eine 'verborgene Botschaft', sondern auch einen 'geheimen Sinn und Zweck' enthält. Die verborgene Botschaft könnte, so Nesse, im Hilfsappell liegen, den die Depression an die Mitmenschen des Betroffenen aussendet. Der geheime 'Sinn' und 'Zweck' der Depression wird von Randolph Nesse darin vermutet, dass sie den Betroffenen zum Rückzug aus seinem Alltag zwingt und ihm damit die Möglichkeit gibt, sich aus bisherigen überfordernden und für ihn unerfreulichen Verhältnissen zu verabschieden und einen Neubeginn zu wagen.⁴¹

5.12 Die Behandlung der Depression

Die Behandlung der Depression gehört sicher zum Wichtigsten, was zu dieser Gesundheitsstörung gesagt werden sollte. Was die Nützlichkeit der Behandlung angeht, so verlässt man sich heute nicht mehr nur auf den intuitiven Eindruck des Arztes, sondern sichert sich durch objektive Studien ab. Mehrere Studien zeigen in übereinstimmender Weise, dass bei Depression mit *leichter* Ausprägung eine psychotherapeutische Behandlung die beste Wahl darstellt. Medikamentöse Behandlungsformen mit antidepressiven Medikamenten bieten bei der leichtgradigen Depression keinen Vorteil gegenüber der Behandlung mit einem Schein-Medikament (Placebo), beinhalten aber - wie alle Medikamente - ein unterschiedlich gelagertes Nebenwirkungsrisiko. Bei der *schweren* Depression jedoch, deren Zustandsbild oben geschildert wurde, würde die Weglassung einer antidepressiven medikamentösen Behandlung beim heutigen Stand des Wissens ein nahezu unverantwortliches Risiko darstellen. Hier zeigen alle Studien, dass eine Kombination von Medikamenten und Psychotherapie die besten Heilungsergebnisse bringt.

„Ein wichtiges Element in Erlebensmustern, die mit Leid einhergehen, ist, dass jemand den Eindruck hat, gegen seinen Willen geschehe ihm etwas, werde etwas mit ihm gemacht (von inneren oder äußeren Kräften). Wahlfreiheit zu haben und das Gefühl, selbst steuern zu können und Sinn gebende Erklärungen und Orientierungen aufbauen zu können, sind entscheidende Elemente eines Lösungsmusters (auch im Sinne des Kohärenzgefühls der Salutogenese, Antonovsky 1993). Die Beiträge der TherapeutInnen und BeraterInnen sollten dem konsequent und kontinuierlich Rechnung tragen.“⁴²

⁴⁰ **Randolph M. Nesse** (* 1948) ist ein US-amerikanischer Arzt und Evolutionsbiologe. Er ist bekannt für seine Forschungen zur Evolutionspsychologie und evolutionären Medizin, sowie zu den evolutionären Ursprüngen von Emotionen und wie natürliche Selektion die Fähigkeit zur Stimmung formt.

Als Absolvent der medizinischen Fakultät der University of Michigan war Nesse Professor für Psychologie an der Universität von Michigan, Ann Arbor, und Professor für Psychiatrie an der University of Michigan Medical School. Er war auch Direktor des *Evolution & Human Adaptation Program* an der University of Michigan. (Vgl. https://en.wikipedia.org/wiki/Randolph_M._Nesse).

⁴¹ Vgl. dazu auch Daniel Hell: *Welchen Sinn macht Depression?* Rowohlt 2003. Frederic F. Flach: *Depression als Lebenschance. Seelische Krisen und wie man sie nutzt*; Rowohlt 2000.

⁴² Gunther Schmidt: *Einführung in die hypnosystemische Therapie und Beratung*; Carl Auer 2005, S. 97.

6. Epilog

Seelische und körperliche Krankheit wie Gesundheit sind komplexe Phänomene und im Grunde genommen doch einfach: Es ist eine Frage der Durchdringung mit den vitalen Lebensprozessen. Krankheit ist eine (Teil-)Blockade, eine Inbalance, die diesen vitalen Lebensstrom beeinträchtigt. Wir sind nie nur krank oder nur gesund, sondern bewegen uns immer auf einer beweglichen Balancezone zwischen den Polen 'todkrank' und 'höchste Vitalität'. Mal sind wir eingeschränkter, kränker, dann wieder vitaler, lebendiger. Dieser Zusammenhang lässt sich z.B. anhand des Salutogenese-Modells von Antonovsky darstellen:

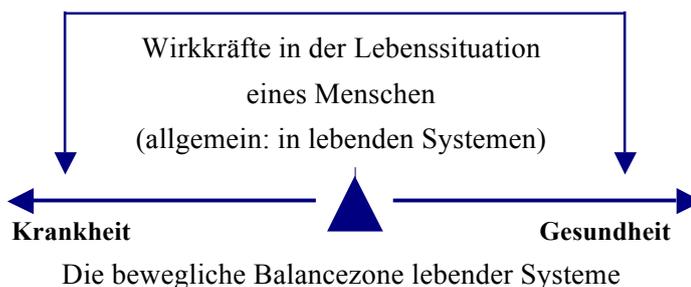


Abb. 1: Das Salutogenesemodell

'Salutogenese' = 'Gesundheitsentstehung'. Im Konzept der Salutogenese nach Aaron Antonovsky (1997)⁴³ wird der Mensch in einem Kontinuum zwischen den Polen 'höchste Lebendigkeit' und 'Tod' gesehen. Genauso wie ein Mensch nie vollständig krank ist, solange er lebt, wird er auf Dauer auch nie vollständig gesund sein. Die individuelle Balance zwischen Gesundheit und Krankheit zu suchen ist Aufgabe der menschlichen Seele, des menschlichen Organismus und des menschlichen Verhaltens, sie ist aber immer zerbrechlich und anfällig.

Gesundheit in diesem Sinne setzt voraus, dass sich der 'Mensch als System' ganzheitlich wahrnimmt (und wahrgenommen wird) sowie imstande ist, kritische Lebensereignisse bzw. Probleme zu handhaben, sich zu regulieren und auf der Grundlage seiner körperlichen, seelischen, geistigen, sozialen und ökologischen Potenziale kokreativ und konstruktiv zu entfalten. Ziel ist dabei ein Gefühl von Kohärenz, Sinnhaftigkeit, Integrität und Wohlbefinden sowie persönliche Souveränität und Lebenskunst zu entwickeln.⁴⁴

In der Salutogeneseforschung geht es primär darum, wie Menschen angesichts der Vielzahl und weiten Verbreitung bedrohlicher körperlicher, seelischer, sozialer und ökologischer Einflüsse es schaffen, ihre Balance immer wieder in Richtung Gesundheit zu bewegen, d.h. um das Erkennen und Nutzen der salutogenen Ressourcen (SR), dazu zählen etwa:

- **körperliche SR**
Fähigkeit eines mehr oder minder wohl organisierten Körpers, dafür sorgen zu können, dass man sich in seiner Haut wohl fühlt
- **seelische SR**
positive Grundstimmungen, Antriebskräfte, Lebensgefühl
- **kognitive SR**
Einsicht, Besonnenheit und Vorschau

⁴³ Antonovsky, Aaron (1997): *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*; dgvt.

⁴⁴ Vgl. dazu auch Harry Merl: *Das Gesundheitsbild. Lösungen durch Intuition*; heugl solution press 2018.

- **kreative SR**
zur Gestaltung des Lebens und der Lebenswelt; im Umgang mit Problemen und Belastungen
- **kommunikative SR**
vertrauensvolle, nährnde Beziehungen wachsen lassen
- **äußere SR**
Ressourcen der Familie, Mitwelt(en), Natur, Kultur

Sowohl der Organismus als auch die Seele streben in ihrer Grundtendenz nach Entfaltung, nach Vitalität, nach Gesundheit. Gesundheits- oder Heilungsarbeit ist in diesem Verständnis nichts anderes, als das Wegräumen von Hindernissen, von Blockaden, die den vitalen Lebensstrom behindern oder beeinträchtigen. Dies kann mehr körperlicher oder mehr seelischer Art sein, beides ist aber immer aufs Engste miteinander verknüpft.

Darum geht es beim 'neuen Lernen', das ich eingangs unter 'Prolog' erwähnt habe. Lernen, die Salutogenese zu pflegen, statt wegschauen und verdrängen. Auch mit '*Schmerzensgeld*' können wir die Probleme nicht lösen. Wir müssen lernen, Verantwortung für - individuelle und soziale, körperliche wie seelische - Gesundheit zu übernehmen und entsprechend zu Handeln. Und zwar auf allen 'Ebenen': Jede/r Einzelne, die Gruppe, die Gemeinschaft - in der Privatwelt ebenso, wie in der Arbeits- und Organisationswelt.

7. Literatur

- Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit; dgvt.
- Badura, Bernhard et al. (1999): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Ein Leitfaden für die Praxis; Sigma.
- Bauer, Joachim (2004): Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern; Piper Verlag, München.
- Dsb. (2005): Warum ich fühle was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone; Hoffmann und Campe Verlag, Hamburg.
- Dsb. (2015): Arbeit. Warum sie uns glücklich oder krank macht; Heyne Verlag.
- Binzius, Fritz (2000): Psychische Belastungen und Arbeitsunfähigkeit; in: Sichere Arbeit, 3/2000, S. 21-26.
- Böhm, Erwin (2005): Seelenlifting statt Gesichtsstraffung. Älterwerden akzeptieren - Lebensantriebe reaktivieren; Psychiatrie-Verlag.
- Branden, Nathaniel (2003): Die 6 Säulen des Selbstwertgefühls; Piper Verlag.
- Burisch, Matthias (1994): Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung; Springer Verlag.
- Cassens, Manfred (2003): Work-Life-Balance. Wie Sie Berufs- und Privatleben in Einklang bringen; dtv.
- Ciampi, Luc (1998): Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung; Klett-Cotta.
- Cohen, Kenneth (1999): Qi Gong. Grundlagen, Methoden, Anwendung; Krüger.
- Döring-Seipel, E. (1996): Stimmung und Körperhaltung. Eine experimentelle Studie; Verlags-Union.
- Ducki, A. et al. (1998): Gesundheitszirkel - Ein Instrument der Organisationsentwicklung; in: Bamberg, E. et al. (Hg.): Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung; Göttingen/Bern/Toronto/Seattle S. 267 - 281.
- Fengler, Jörg (2001): Helfen macht müde; Pfeiffer.
- Flach, Frederic F. (2000): Depression als Lebenschance. Seelische Krisen und wie man sie nutzt; Rowohlt.
- Freimuth, Joachim (Hg.) (1999): Die Angst der Manager; Hogrefe.
- Freudenberger, Herbert / North, Gail (1992): Burn-out bei Frauen. Das Gefühl des Ausgebranntseins; Krüger.
- Fritzsche, P. K. (1998): Die Stressgesellschaft; Kösel.
- Essen, C. / Baxa G. L. / Kreszmeier, A. H. (Hg.) (2002): Verkörperungen. Systemische Aufstellung, Körperarbeit und Ritual; Carl Auer Verlag.
- Goleman, Daniel (1996): Emotionale Intelligenz; Hanser Verlag.
- Göpel, Eberhard / Schneider-Wohlfahrt, Ulrich (1994): Provokationen zur Gesundheit. Beiträge zu einem reflexiven Verständnis von Gesundheit und Krankheit, Frankfurt.
- Hargens, Jürgen (2003): Manchmal ist es fast zum Verrückt-Werden; Krammer.
- Hay, Louise L. (2004): Gesundheit für Körper und Seele; Ullstein.
- Hell, Daniel (2003): Welchen Sinn macht Depression? Rowohlt.
- Hellinger, Bert (1994): Ordnungen der Liebe; Carl Auer.
- Kächele, Horst: Der Begriff psychogener Tod in der medizinischen Literatur, Z psychosom 1969.

- Kast, Verena (2002): Märchen als Therapie; Patmos.
- Klein, Stefan (2004): Die Glücksformel oder Wie die guten Gefühle entstehen; Rowohlt.
- König, Karl (1998): Arbeitsstörungen und Persönlichkeit; Psychiatrie-Verlag
- Kübler-Ross, Elisabeth / Kessler, David (2003): Geborgen im Leben; Droemer/Knaur.
- Lowen, Alexander (1991): Die Spiritualität des Körpers. Innere Harmonie durch Bioenergetik; Heyne.
- Maslach, Christina / Leiter, Michael P. (2001): Die Wahrheit über Burnout. Stress am Arbeitsplatz und was Sie dagegen tun können; Springer.
- Dsb. (2007): *Burnout erfolgreich vermeiden. Sechs Strategien, wie Sie Ihr Verhältnis zur Arbeit verbessern*; Springer Verlag.
- McKay, Matthew u.a. (2000): Selbstwert. Die beste Investition Ihres Lebens; Junfermann.
- Merl, Harry (1998): Gesundheit und Krankheit aus systemischer Sicht; in: Brandl-Nebehay, Andrea et al.: Systemische Familientherapie; Facultas, S. 107 - 137.
- Dsb. (2018): Das Gesundheitsbild. Lösungen durch Intuition; heugl solution press.
- Molnar, Martina (2000): Psychische Belastungen in der Arbeitswelt; in: Sichere Arbeit, 2/2000, S. 44 - 47.
- Morschitzky, Hans / Sator, Sigrid (2004): Wenn die Seele durch den Körper spricht. Psychosomatische Störungen verstehen und heilen; Walter.
- Müller, R. / Rosenbrock, R. (Hg.) (1998): Betriebliches Gesundheitsmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung - Bilanz und Perspektive; St. Augustin.
- Nuber, Ursula (2001): Depression, die verkannte Krankheit; Kreuz-Verlag.
- Real, Terrence (1999): Mir geht's doch gut. Männliche Depressionen und warum sie sooft verborgen bleiben; Fischer Scherz.
- Reid, Daniel (2001): Chi-Gung (Qi Gong). Nutzen Sie die Kraft des Universums; Lotos.
- Revenstorf, D. / Peter, B. (Hg.) (2001): Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin; Springer.
- Rossi, Ernest L (1991): Die Psychobiologie der Seele-Körper-Heilung; Synthesis.
- Roth, Gerhard (1997): Das Gehirn und seine Wirklichkeit; Suhrkamp.
- Dsb. (2001): Fühlen, Denken, Handeln; Suhrkamp.
- Pietschmann, Manfred: Depression - Anatomie einer seelischen Krise; in: GEO (Zeitschr) 11/1998, S. 50 - 72
- Posnig, Günther: Netzwerk für Burnout-Betroffene und Helfer: www.burnoutnet.at
- Satir, Virginia (1998): Kommunikation, Selbstwert und Kongruenz; Junfermann.
- Schäfer, Thomas (2004): Was die Seele krankmacht und was sie heilt; Droemer / Knaur.
- Schaarschmidt, Uwe / Fischer, Andreas W. (2001): Bewältigungsmuster im Beruf; Persönlichkeitsunterschiede in der Auseinandersetzung mit der Arbeitsbelastung; Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schauenstein, Konrad: Psychoneuroimmunologie. Der Dialog zwischen Gehirn und Immunsystem; in: Zellkern. Wegweiser zum Leben (Zeitschrift), Ausgabe 9, Nr. 4/2000.
- Schmidbauer, Wolfgang (2002): Helfersyndrom und Burnout-Gefahr; Urban & Fischer.
- Schmidt Gunther (2005): Einführung in die hypnosystemische Therapie und Beratung; Carl Auer Systeme.
- Seligman, Martin E. P. (1986): Erlernte Hilflosigkeit; PVU.
- Dsb. (2015): Wie wir aufblühen. Die fünf Säulen des persönlichen Wohlbefindens; Goldmann.
- Sparrer, Insa (2001): Wunder, Lösung und System. Lösungsfokussierte Systemische Strukturaufstellungen für Therapie und Organisationsberatung; Carl Auer.
- Stadler, P. / Strobel, G. (2000): Psychische Belastungen durch Führungsverhalten; in: Sichere Arbeit 6/2000.
- Sturm, Eckhard (2000): Das Salutogenese-Konzept; in: Zukünfte - Zeitschrift für Zukunftsgestaltung und vernetztes Denken, 9. Jg., Heft 32, S. 17 ff.
- Tietze, Henry G. (1997): Entschlüsselte Organsprache. Krankheit als Ausdruck der Seele; Knaur.
- Trend: Volkskrankheit Burn-out; in: Trend-Spezial (Zeitschrift), August 2004, S. 98 - 119.
- Udris, I. et al. (1994): Gesundheit erhalten, Gesundheit herstellen: Zur Funktion salutogenetischer Ressourcen; in: Bergmann, B. / Richter, P. (Hg.): Die Handlungsregulationstheorie; Göttingen, S. 198 - 217.
- Wimmer, Karl (09/2000): Sich und andere Führen mit Emotionaler Intelligenz; in: www.wimmer-partner.at
- Dsb. (12/2000): Denken mit dem Körper: Wo steckt unsere Intelligenz? In: www.wimmer-partner.at
- Dsb. (02/2001): Stressbewältigung und Gesundheit in Organisationen; in: www.wimmer-partner.at
- Dsb. (06/2001): Gesundheit und Wellness in (inner-)systemischer Sicht; in: www.wimmer-partner.at
- Dsb. (11/2001): Die Kunst der Entspannung; in: www.wimmer-partner.at/aktuell.htm
- Dsb. (01/2002): Selbstmanagement und Selbstcoaching; in: www.wimmer-partner.at/aktuell.htm
- Dsb. (02/2002): Gesundheitsmanagement in Organisationen; in: www.wimmer-partner.at
- Dsb. (03/2002): Wie wirkt Hypnose? In: www.wimmer-partner.at/aktuell.htm
- Dsb. (04/2002): Grundlagen des Qigong; in: www.wimmer-partner.at/aktuell.htm
- Dsb. (08/2002): Grundlagen der systemischen Aufstellung; in: www.wimmer-partner.at
- Dsb. (04/2003): Productive Ageing: Arbeit und Alter in Einklang bringen; in: www.wimmer-partner.at
- Dsb. (08/2003): Gesundes Alter(n) - eine Herausforderung; in: www.wimmer-partner.at
- Dsb. (09/2003): Arbeitsstress als zentrales Gesundheits- und Organisationsproblem (siehe Website)

Dsb. (03/2004): Gesunde Arbeit in der Altenbetreuung; in: www.wimmer-partner.at/aktuell.htm
Dsb. (05/2004): Gedanken zur Work-Life-Balance; in: www.wimmer-partner.at/aktuell.htm
Dsb. (05/2005): Was ist die Seele? In: www.wimmer-partner.at/aktuell.htm
Dsb. (12/2012): Burnout-Risiko und -Prävention - eine Selbstreflexion; in: www.wimmer-partner.at/aktuell.htm
Dsb. (11/2016): Fünf Gesundheitsquellen - Test; in: www.wimmer-partner.at/aktuell.htm
Dsb. (04/2018): Gesunder Schlaf & Schlafprophylaxe; in: www.wimmer-partner.at/aktuell.htm
Zehentbauer, Josef (2003): Körpereigene Drogen. Die ungenutzten Fähigkeiten unseres Gehirns; Patmos.

8 Autor

Mag. Karl Wimmer, Jg. 1950, studierte im zweiten Bildungsweg Sozial- und Wirtschaftswissenschaften: Betriebswirtschaftslehre, Wirtschafts- und Berufspädagogik und ist selbständiger (Organisations-) Berater, Trainer, Coach, Supervisor, Systemischer Therapeut und Hypnotherapeut; Trainings- und Beratungsarbeit mit Schwerpunkten in den Bereichen: Gesundheits-, Persönlichkeits-, Interaktions- und Organisationsentwicklung.

Anschrift:

Mag. Karl Wimmer • Pillweinstraße 35 • 4020 Linz / Austria

Phon: +43 676 3838201

Mail: karl@wimmer-partner.at

Web: www.wimmer-partner.at

Bitte beachten Sie: Der Text dient Ihrer individuell-persönlichen Information. Eine kommerzielle Nutzung bedarf im Sinne der Autorenrechte einer entsprechenden Vereinbarung. Bitte nehmen Sie in diesem Fall Kontakt mit dem Autor auf.