

An Frau
Irmgard Hofmann M.A.

c/o Cornelsen-Verlag

21. Mai 2013

Betr.: Feedback zum Fachbuch Stress- und Burnout-Prävention

Sehr geehrte Frau Hofmann,

Hiermit möchte ich Ihnen ein großes und herzliches Kompliment zu Ihrem Pflgieothek-Band aussprechen. Sie schreiben mit Kompetenz in praktischer wie theoretischer Hinsicht und wissen absolut, wovon Sie sprechen. Sehr gut ist der klare Aufbau und das dabei dennoch erreichte Maß an Vollständigkeit. Die Tabellen fassen kurz und knapp das wirklich Wichtige zusammen. Ganz besonders gelungen finde ich die Riemann-Typenlehre auf einer Seite! Die Selbsttest-Bögen sind erheblich differenzierter als das Bekannte; sehr gut finde ich den „Stress-Empfindungs-Faktor“, der bei Ihnen auftaucht, denn bekanntlich ist die biopsychologische Reaktivität individuell sehr unterschiedlich. Der Text liest sich gut, die Ausdrucksweise ist empathisch und sachlich in einem, und nicht amerikanisch-pathetisch... (Freudenberger/North et al.), und auch nicht anklagend-abwertend (Schmidbauer). Auch das „Bewusstmach-Training“ in Sachen Emotionen/Reaktionen ist exzellent. Also, das Buch ist sehr gelungen!

Dass Sie sich auf Pflegekräfte beziehen, ist klar; Sie sind Profi in diesem Bereich, für diese Zielgruppe. Ärzte sah ich manchmal pauschal angegriffen, aber das liegt in der Natur der Sache, solange die Strukturen im Krankenhaus so sind, wird es Rivalität bzw. Fronten geben.

Folgendes sah ich aus meiner Tätigkeit als schwerpunktmäßig psychosomatisch arbeitenden Hausärztin anders als Sie es darstellen: Burnout und Depression sind für mich sehr viel ähnlicher als Sie es sehen. Allerdings gibt es keine allgemein gültige „scharfe“ Abgrenzung bzw. Begriffs-/Zustandsdefinition. Während der 28 Jahre Medizin, die ich miterlebt habe, hießen die entsprechenden Begriffe erst psychophysischer Erschöpfungszustand, dann Erschöpfungsdpression, dann reaktive Depression, und heute leider im ICD „Anpassungsstörung“! Der ICD hat sogar noch die „Neurasthenie“ der Freundschen Jahrhundertwende, aber keine Depression in Folge von Überlastung (von innen und/oder außen). Ich halte das für ein Zeitgeistsymptom.

Die „Anpassungsstörung“ zeigt den gefährlichen Trend, alles, was „hakt“, in jedem Falle beim Arbeitnehmer, in dessen mangelnder Flexibilität oder Belastbarkeit zu sehen. „Burnout“ ist im ICD nur eine „Z“-Diagnose im Sinne von „Inanspruchnahme eines Arztes aus beruflicher Ursache“. Hier liegt also einiges im Argen, zumal die Diagnosen teilweise eine Abwertung der Betroffenen implizieren.

Ihre Grenzziehung im Sinne von „bei Burnout kann man sich noch freuen, bei der Depression herrscht in allen Bereichen Anhedonie vor“, scheint mir nicht zutreffend, da man die Schweregrade und das individuelle Erscheinungsbild hier außer Acht lässt.

Meine Erfahrung ist: die Frage ist nicht, welches Etikett ich wähle, sondern wie schlecht es dem Patienten geht, z.B. ob Suizidgefahr besteht, psychotische Symptome vorhanden sind usw. Ich unterscheide nach Schwere der Symptomatik und Art des Handlungsbedarfs.

Auch beim Thema Antidepressiva habe ich andere Erfahrungen gemacht: Die Mittel sind nicht einfach nur antriebssteigernd. Wäre das so, würde man damit nur „ein müdes Pferd peitschen“, was natürlich unsinnig wäre; Kaffee und Co. konsumieren die Burnout-Gefährdeten ja schon reichlich genug.

Es handelt sich aber bei den verschiedenen Substanzgruppen nicht einfach um „Dopingmittel fürs Durchhalten im Beruf“, auch wenn sie neben den medizinisch „reinen“ antidepressiven Effekten z.T. wirklich eine Art dickere Haut geben, was in der heutigen Berufswelt (leider) von Vorteil ist. Dazu finde ich das Buch des Psychiaters Peter Kramer „Listening to Prozac“ sehr treffend. Es gibt nach seiner Anschauung und Beschreibung eine Art von „zeitopportuner Persönlichkeit“, und diese ist heute nicht mehr der brave, fleißige und loyale Arbeitnehmer, sondern der smarte, coole, schnelle Typ und absolut kein Sensibelchen...lieber frech und immer wach als friedlich-harmlos.

Dennoch, Antidepressiva sind oft bei Burnout/Depression notwendig, und zwar fast immer, sobald eine mittelgradige oder gar schwere Depression erreicht wird. Und auch dabei – wie Sie es ja auch darstellen – sind äußere und innere Faktoren sowie die Zeit bzw. gelebte Biografie wichtige Einflussgrößen; immerhin war und ist unser Gehirn plastisch und nicht jeder hat ein „stressimprägniertes Modell“ mitbekommen oder im Laufe seines Lebens auf- bzw. ausbauen können.

Ich denke, unsere Blickwinkel unterscheiden sich da einfach durch unsere Tätigkeit; meine Erfahrung mit Antidepressiva ist aber, dass sich manche Betroffene selbst abwerten, sobald sie „Psychopharmaka“ erhalten, weil sie diese in die Ecke von Valium und ähnlichen „In-Watte-Packern“, die in der Tat die Persönlichkeit verändern, stellen. Oft ist die Angst und Selbstabwertung aber auch ein Depressionssymptom, das sich nur auf das Mittel projiziert. Typisch: das pharmakologisch den Serotoninwiederaufnahmehemmern sehr gut vergleichbare Johanniskraut wird akzeptiert... obwohl es bei geringerer Wirkung erheblich größere Risiken beinhaltet (Wechsel- und Nebenwirkungen) als die „chemischen“ Mittel.

Und diese manchmal wirklich gefährliche Sicht „nur keine Psychopharmaka“ sehe ich ein wenig verstärkt in Ihrer Darstellung.

Hier sollten Prävention und Therapie ineinandergreifen, wie ja auch die Fachdisziplinen.

- Was ich mir gut vorstellen könnte, wäre eine Variante Ihres Buches für Lehrkräfte.

Ich grüße Sie herzlich aus Westfalen,

Ihre Uta Groger