

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Direktor: Univ.-Prof. Dr. H. J. Freyberger
der Universitätsmedizin der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

Burnout statt Depression? Implikationen und Korrelate der Verwendung
des Begriffes Burnout in der Allgemeinbevölkerung

Inaugural – Dissertation
zur
Erlangung des akademischen
Grades
Doktor der Wissenschaften der Medizin
(Dr. rer. med.)

der
Universitätsmedizin
der
Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

2016

vorgelegt von:
Johannes Bahlmann
geb. am: 17.02.1970
in: Greifswald

Dekan:	Prof. Dr. rer. nat. Max P. Baur
1. Gutachter:	Prof. Dr. med. G. Schomerus
2. Gutachter:	Prof. Dr. rer. nat. R.-D. Stieglitz
Tag der Disputation:	03.07.2017

Bestandteil dieser kumulativen Dissertation sind folgende Artikel:

1. Bahlmann, J., Angermeyer, M.C., Schomerus, G. (2013). „Burnout“ statt „Depression“ – eine Strategie zur Vermeidung von Stigma? *Psychiatrische Praxis*; 40: 78-82. **[Artikel A]**
2. Bahlmann, J., Schomerus, G., Angermeyer, M.C. (2015). Nicht ganz dasselbe: Krankheitsvorstellungen von Burnout und Depression in der Allgemeinbevölkerung. *Psychiatrische Praxis*; 42: 443-447. **[Artikel B]**
3. Bahlmann, J., Schomerus, G., Angermeyer, M.C., Freyberger, H.J. (2016). Macht Burnout Menschen ärgerlicher als Depression? Unterschiede in den emotionalen Reaktionen auf psychische Probleme in der Allgemeinbevölkerung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*; 64: 19-24. **[Artikel C]**

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung.....	5
2.	Methoden und Ergebnisse.....	9
2.1	„Burnout“ statt „Depression“.....	9
2.1.1	Zusammenfassung der Ergebnisse	11
2.2	Krankheitsvorstellungen	12
2.2.1	Zusammenfassung der Ergebnisse	13
2.3	Emotionale Reaktionen.....	14
2.3.1	Zusammenfassung der Ergebnisse	15
3.	Diskussion.....	16
3.1	Limitierungen.....	16
3.2	Historische Vorgänger des Begriffes Burnout.....	17
3.3	Rechtfertigung der Verwendung des Begriffes Burnout.....	18
3.4	Ausblick	20
4.	Zusammenfassung	21
5.	Literaturverzeichnis	23
	Eidestattliche Erklärung.....	27
	Lebenslauf.....	28
	Danksagung	29
Anhang A:	Fallvignette Depression	30
	Zusatzkarte D1 weibliche Version	30
	Zusatzkarte D1 männliche Version	31
Anhang B:	Publikationen der kumulativen Dissertation.....	32

1. Einleitung

Das wissenschaftliche Interesse am Thema Burnout hat in den letzten 42 Jahren stark zugenommen. Während bei einer PubMed (NCBI, 28.06.2016) Stichwortsuche „Burnout“ für das Jahr 1973 eine einzige Veröffentlichung zu verzeichnen ist, sind es für das Jahr 2015 schon 808 Publikationen. Auch durch das Bekanntwerden prominenter Erkrankter (Gerloff, A., 2010) und steigende krankheitsbedingte Ausfallzahlen (Wenzel, F. T., 2012) ist das Thema Burnout im Verlauf der Jahre zunehmend in das öffentliche Interesse gerückt. Dabei gibt es bis heute keine eindeutige Definition dieses Phänomens.

Im internationalen Klassifikationssystem von Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme werden bei „Personen, die das Gesundheitssystem unter sonstigen Gründen in Anspruch nehmen“ unter Z73 „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ folgende Zustände subsummiert: „Akzentuierung von Persönlichkeitszügen, Ausgebrannt sein (Burnout), Einschränkung von Aktivitäten durch Behinderung, körperliche oder psychische Belastung o. n. A., Mangel an Entspannung oder Freizeit, sozialer Rollenkonflikt, andernorts nicht klassifiziert, Stress, andernorts nicht klassifiziert, unzulängliche soziale Fähigkeiten, andernorts nicht klassifiziert, Zustand der totalen Erschöpfung“ (ICD-10-GM, 2014). Der Zustand eines Burnouts findet hier eine Erwähnung, jedoch ohne nähere Definition.

Dabei wird seit einiger Zeit versucht, "Burnout" aus verschiedenen Perspektiven zu operationalisieren und zu beschreiben. Einige Versuche beziehen sich auf Burnout-Zustände im Zusammenhang mit dem Arbeitsleben, zum Beispiel bei Rettungspersonal (Goza-Macmullan, 1988), Sozialarbeitern (Taylor-Brown et al., 1982) und Lehrern (Zabel et al., 1982). Andere wurden darüber hinaus, zum Beispiel mit der Beschreibung von psychischen und physischen Symptomenkomplexen (Lauerdale, 1982) oder die Bezugnahme auf persönliche Variablen (Perlman & Hartman, 1982) erweitert.

Die bekanntesten frühen Operationalisierungen finden sich in den Arbeiten von Freudenberg und Maslach (Freudenberg et al., 1982, Maslach, 1976). Maslach definiert Burnout als „ein Syndrom emotionaler Erschöpfung, Depersonalisation und persönlicher Leistungseinbußen, das bei Individuen auftreten kann, die in irgendeiner Art mit Menschen arbeiten. Es ist eine Reaktion auf die chronische emotionale Belas-

tung, sich andauernd mit Menschen zu beschäftigen, besonders, wenn diese in Not sind oder Probleme haben“ (Maslach, 1982).

Schaufeli und Enzmann schlagen folgende Definition vor: „Burnout ist ein dauerhafter, negativer, arbeitsbezogener Seelenzustand „normaler“ Individuen. Er ist in erster Linie von Erschöpfung gekennzeichnet, begleitet von Unruhe und Anspannung (distress), einem Gefühl verringerter Effektivität, gesunkener Motivation und der Entwicklung dysfunktionaler Einstellungen und Verhaltensweisen bei der Arbeit. Diese psychische Verfassung entwickelt sich nach und nach, kann dem betroffenen Menschen aber lange unbemerkt bleiben. Sie resultiert aus einer Fehlpassung von Intentionen und Berufsrealität. Burnout erhält sich wegen ungünstiger Bewältigungsstrategien, die mit dem Syndrom zusammenhängen, oft selbst aufrecht.“ (Schaufeli & Enzmann, 1998). Von Burisch wurde ein integrierendes Burnout-Modell beschrieben (Burisch, 2014), bei dem der Autor auf nicht bewältigte Handlungsepisoden des Erkrankten Bezug nimmt und Burnout als Prozess darstellt.

Im Gegensatz zu Burnout werden Depressionen im ICD 10 Kapitel V unter den psychischen Störungen abgebildet. Hier sind Depressionen bei den affektiven Störungen zu finden und können in Abhängigkeit vom Symptomumfang unterschiedlichen Schweregraden zugeordnet werden.

Die Erwähnung von Burnout im Internationalen Klassifikationssystem der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10-GM, 2014) bietet Experten die Möglichkeit, diese Form der Störung zu diagnostizieren. Das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5, 2013) bildet hingegen das Burnout-Syndrom nicht als eigenständige Störung ab, sodass damit keine internationale Definition existiert (Friedrich et al., 2014).

Inhaltlich entspricht diese Tatsache einer Studie, die die Beliebtheit der Verwendung des Begriffes Burnout in verschiedenen europäischen Ländern untersucht (Angermeyer et al., 2013). Während sich im französischen und italienischen Sprachraum kaum Nennungen von Burnout finden, sind sie in Deutschland und Österreich häufig. Dabei weist die häufige Verwendung des Begriffes im hiesigen Sprachraum (Greve, 2012) darauf hin, dass mit dem Begriff Burnout ein aktuelles Problem vermeintlich treffend beschrieben wird.

Die Kommunikations- und Informationsmöglichkeiten für den Einzelnen haben in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Groß (2008) zeigt auf, dass die unbegrenzte Verfügbarkeit von Informationen z. B. durch mobiles Internet eine besondere

Herausforderung an die Filtermechanismen und Abgrenzungskompetenzen der Menschen darstellen (Groß, G., 2008). Er sieht vorher bestehende Schutzräume privater und beruflicher Natur aufgelöst (a.a.O., S.10). Die zeitlich und räumlich unbegrenzte Erreichbarkeit durch allgegenwärtige Mobiltelefonie habe Konsequenzen (a.a.O., S.12). Auch Markowetz weist darauf hin, dass es einer bestimmten Zahl von Menschen schlechter gelingt, in diesem Überangebot zwischen wichtigen und unwichtigen Interaktionen zu unterscheiden (Markowetz A., 2015).

Darüber hinaus sind seit den achtziger Jahren Veränderungen im Arbeitsleben zu beobachten, welche als sogenannte „Entgrenzung von Arbeit“ beschrieben wurden (Voss, G. et al., 2014). Darunter werden sich verändernde Anforderungen an Arbeitnehmer, wie zum Beispiel Flexibilisierung von Arbeitszeiten, Arbeitsverdichtung und zunehmende Mobilität verstanden. Es wird davon ausgegangen, dass eine zunehmende Selbstbestimmung der Arbeitnehmer auch mit einer wachsenden Ambivalenz verbunden ist, so dass Selbstbestimmung nicht ausschließlich als Befreiung oder Verbesserung, sondern auch als Überforderung wahrgenommen werden kann. Diese Tendenzen werden unter dem Begriff der „Subjektivierung von Arbeit“ diskutiert (Lohr, K., 2005; Voss, G. et al. 2014, S.45).

Diese Debatte zeigt, dass die Bewältigung der Herausforderungen der jeweiligen Lebensspannen in der menschlichen Biographie durch Arbeit, Familie und Erholung ein immer größeres Hindernis darzustellen scheint. Generell können psychische Belastungen die Entstehung von psychischen Krankheiten begünstigen (Lehr, D., 2007). Um die psychischen Folgen von Arbeitsüberlastung und Überforderung im Alltag zu beschreiben, scheint sich dabei in der Bevölkerung der Begriff Burnout durchgesetzt zu haben (Harmann, L., 2014).

Auch in der klinischen Arbeit zeigt sich nach der subjektiven Erfahrung des Autors eine starke Präferenz von Laien, insbesondere das klinische Bild einer Depression mit dem Begriff Burnout zu beschreiben. Während die Diagnose Depression eine der häufigsten psychischen Krankheiten darstellt, hat sich die Diagnosestellung eines Burnout nach einem Anstieg zwischen 2004 und 2011 laut BKK Gesundheitsreport nunmehr eher konsolidiert (Knieps, F. et al., 2015). Bisher fehlen allerdings empirischen Studien, die differenziert Aufschluss über die Verwendung der Krankheitsbezeichnung Burnout im Gegensatz zur Depression geben.

Die „inflationäre“ Verwendung des Begriffs Burnout wird von Seiten der Psychiatrie (Berger, M. et al., 2012) und Arbeitspsychologie (Greve, G., 2012) oft beklagt.

Argumente, die gegen die Verwendung des Begriffs angeführt werden, sind die unklare Definition sowie die Verwendung als „Sammelbezeichnung für Erkrankungen am Arbeitsplatz“ und damit die Gefahr, dass notwendige Behandlungen nicht eingeleitet werden (Berger, M. et al. 2012). Andererseits sind mit der Verwendung des Begriffes Burnout möglicherweise auch Vorteile, wie z.B. entstigmatisierende Wirkungen verbunden.

Tatsächliche Belege, wie häufig eine Depression von Laien als Burnout bezeichnet wird, fehlen allerdings. Auch ist nicht klar, ob tatsächlich andere Krankheitsvorstellungen mit dem Begriff Burnout im Gegensatz zur Depression verbunden sind. Der Debatte um eine vermeintliche Modediagnose fehlt damit die empirische Basis.

Diese Lücke möchte die vorliegende Arbeit schließen. Es soll herausgefunden werden, in welcher Weise der Begriff Burnout verwendet wird und welche Vorstellungen mit seiner Verwendung verbunden sind. In bisherigen Analysen wurde die Seite der Erkrankten betrachtet, zum Beispiel durch Untersuchungen von Arbeitnehmern aus helfenden Berufen. Dabei wurde auf das Vorliegen einer Diagnose Burnout fokussiert.

Für die vorliegende Arbeit wurden dagegen Daten aus der Allgemeinbevölkerung ausgewertet. Dabei stehen Daten aus zwei großen Bevölkerungsbefragungen aus den Jahren 2001 und 2011 in Deutschland zur Verfügung, in denen untersucht wird, wie die Respondenten ein depressives Syndrom bezeichnen, das in einer Fallvignette ohne diagnostisches Label vorgestellt wird. In Artikel A wurde die Popularität der Verwendung der Begrifflichkeit „Burnout“ und seine Korrelate hinsichtlich Stigmatisierung und Hilfeempfehlungen im Kontrast zur Krankheitsbezeichnung Depression untersucht. In Artikel B werden weitere Krankheitsvorstellungen hinsichtlich der Ursache des geschilderten Problems verglichen und in Artikel C die emotionalen Reaktionen bezüglich dieser beiden Diagnosen analysiert.

2. Methoden und Ergebnisse

Die Grundlagen der Datenanalysen stellen Bevölkerungsumfragen dar. Für die Publikation A wurden repräsentative Bevölkerungsumfragen aus den Jahren 2001 und 2011 ausgewertet, für die Veröffentlichungen B und C wurde die Umfrage aus dem Jahr 2011 analysiert.

In den Jahren 2001 und 2011 wurden zwei repräsentative Bevölkerungsumfragen durchgeführt, bei denen vollständig strukturierte persönliche Interviews (face-to-face, paper and pencil) stattfanden. Die Grundgesamtheit bildete die deutschsprachige, in Privathaushalten lebende Bevölkerung ab einem Alter von 18 Jahren. Insgesamt wurden 2001 $n=5024$ (Ausschöpfungsquote 65.1%) und 2011 $n=3642$ Personen befragt (Ausschöpfungsquote 64.0%). Die Stichproben basierten auf einer dreistufigen Zufallsauswahl, die bereits an anderer Stelle ausführlich beschrieben wurde (Angermeyer et al., 2014). Den Befragten wurde nach dem Zufallsprinzip eine Fallvignette vorgelegt, in der entweder eine Person mit einer Schizophrenie, Depression oder (nur 2011) Alkoholkrankheit nach DSM-IV beschrieben wurde, ohne dass die Diagnose genannt wurde.

Für die Vignetten ergaben sich folgende Fallzahlen: Umfrage 2001: Schizophrenie $n=2481$, Depression $n=2544$. Umfrage 2011: Schizophrenie $n=1235$, Depression $n=1220$, Alkoholabhängigkeit $n=1187$. Die soziodemographische Zusammensetzung der Stichproben entsprach jeweils weitestgehend der Allgemeinbevölkerung (Angermeyer et al., 2014, Angermeyer, Matschinger, H. et al. 2013). Die Befragung wurde durch das Institut für Markt-, Meinungs- und Sozialforschung USUMA, Berlin durchgeführt.

Für die publizierten Arbeiten wurden ausschließlich die Antworten bezogen auf die Depressionsvignette ausgewertet. Vorteil der Vignettenmethode ist, dass die Antworten Reaktionen auf das geschilderte Krankheitsbild darstellen und nicht Einschätzungen zu einem medizinischen Fachbegriff sind.

2.1 „Burnout“ statt „Depression“

In einer ersten Arbeit (**Artikel A**) wurde die Entwicklung der Bezeichnung Burnout sowie Behandlungsempfehlungen in Abhängigkeit von der Erkrankung untersucht. Nach der Vorstellung der Vignette wurde den Befragten die offene Frage ge-

stellt: „Wie würden Sie den Zustand, in dem sich dieser Mensch befindet, bezeichnen? Was meinen Sie, was dieser Mensch hat?“ Die Antworten wurden vom Interviewer wörtlich notiert und später einem induktiv entwickelten Kategoriensystem zugeordnet, welches ursprünglich für die Umfrage 2001 entwickelt worden war und 2011 um die Kategorie „Burnout“ für beide Umfragen ergänzt wurde. Die Anzahl der verwendeten Krankheitsbezeichnungen war nicht begrenzt, insgesamt nannten die Befragten bis zu fünf verschiedene Bezeichnungen. Die Kategorie „Burnout“ schloss alle Nennungen von Burnout ein. Weitere für die Auswertungen verwendete Kategorien waren „Depression/depressiv“, und eine Restkategorie für alle anderen gewählten Krankheitsbezeichnungen. Im Anschluss an die offene Frage wurde eine Reihe von geschlossenen, auf die Vignette bezogenen Fragen gestellt.

Inwieweit die Respondenten das Problem als Krankheit einschätzen, wurde mit der Frage: „Würden Sie sagen, dieser Mensch leidet an einer psychischen Krankheit im medizinischen Sinne?“ erhoben, möglich waren die Antworten ja (=1), nein (=0) und „weiß nicht“.

Die Ablehnung der Person wurde mit der Skala zur sozialen Distanz (Link, B.G., 1987) erhoben. Mit dieser Skala wird die Bereitschaft erfasst, mit der beschriebenen Person in sieben hypothetischen Situationen in Kontakt zu treten. Sie umfasst Items wie „Wenn Sie ein Zimmer zu vermieten hätten, inwieweit würden Sie jemand mit einem solchen Problem als Untermieter nehmen?“. Andere Items betreffen die Bereitschaft, jemanden als Nachbarn oder Arbeitskollegen zu akzeptieren, ihn für eine Arbeitsstelle zu empfehlen, ihm Kinder zur Aufsicht anzuvertrauen, ihn einem Freund vorzustellen oder ihn in die eigene Familie einheiraten zu lassen. Antworten wurden auf fünfstufigen Likert-Skalen mit den Ankern 1=ganz bestimmt und 5=sicher nicht gegeben, ein hoher Wert zeigt also ein großes Bedürfnis nach sozialer Distanz an. Die Skala weist eine hohe interne Konsistenz auf (Alpha 0,89). In der Analyse wurde der Summenwert der Skala mit einem Wertebereich von 0 bis 28 verwendet.

Weiter wurde gefragt, welche Hilfe die Befragten der beschriebenen Person empfehlen würden. Dabei wurden die Einschätzungen sowohl hinsichtlich bestimmter Hilfeinstanzen (Hausarzt, Psychotherapeut, Psychiater/Nervenarzt), als auch bestimmter Behandlungsmethoden (Psychotherapie, Medikamente) erfragt. Antworten wurden wieder mithilfe fünfstufiger Likert-Skalen mit den Ankern „würde ich sicher empfehlen“=1 und „würde ich sicher davon abraten“=5 gegeben. Für die Analysen wurden die Antwortscores invertiert, sodass hohe Werte einer starken Empfehlung entspre-

chen. Als weitere potentielle Einflussvariablen wurden soziodemographische Variablen und der bisherige Kontakt zu psychisch Kranken erhoben.

Dazu wurden lineare Regressionsanalysen durchgeführt, bei denen das Bedürfnis nach sozialer Distanz und verschiedene Behandlungsempfehlungen als abhängige Variablen verwendet wurden. Als unabhängige Variablen wurden Dummy-kodierte Variablen für die Nennung von Burnout (1=ja), die Nennung von Depression (1=ja) und bisherigen Kontakt zu psychisch Kranken (1=ja), sowie als potentiell konfundierende Variablen Alter, Schulbildung und Geschlecht verwendet. Angegeben sind jeweils unstandardisierte Regressionskoeffizienten (B). Diese zeigen an, um welchen Betrag sich die abhängige Variable z.B. bei der Nennung von Burnout verändert.

2.1.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Es konnte gezeigt werden, dass die Verwendung der Bezeichnung Burnout für eine Depression zwischen 2001 und 2011 stark zugenommen hat - während 2001 nur 0,3% das Krankheitsbild als Burnout bezeichneten, waren dies 2011 schon 10,2%. 74% derjenigen, die ein Burnout vermuteten, ordneten das Problem als Erkrankung im medizinischen Sinne ein.

Bei denjenigen, die das Problem als Depression bezeichnet hatten, war der Wunsch nach sozialer Distanz größer als bei denjenigen, die das Problem als Burnout bezeichnet hatten. Für die Bezeichnung als Depression zeigten sich signifikante Werte (unstandardisierter Regressionskoeffizient $B=1,1$), während sich für die Bezeichnung als Burnout keine signifikanten Ergebnisse ergaben. Weiterhin konnte gezeigt werden, dass unabhängig von der Krankheitsbezeichnung vorheriger Kontakt zu psychisch Kranken mit geringerer sozialer Distanz, und höheres Alter mit höherer sozialer Distanz verbunden war.

Die Bezeichnung Depression ist mit einer stärkeren Empfehlung professioneller Hilfe verbunden. Die Bezeichnungen Burnout ($B=0,29$) und Depression ($B=0,65$) waren jeweils mit einer stärkeren Empfehlung eines Psychiaters assoziiert. Für die Empfehlung psychotherapeutischer Hilfe ergaben sich fast identische Werte (Burnout $B=0,24$, Depression $B=0,65$). Weiterhin war die Empfehlung von Medikamenten mit der Bezeichnung Depression ($B=0,68$) verbunden, während die Empfehlung eines Hausarztes mit der Bezeichnung Burnout ($B=0,29$) assoziiert war.

2.2 Krankheitsvorstellungen

In der zweiten Arbeit (**Artikel B**) wurden Ursachenzuschreibungen und weitere Krankheitsannahmen der Befragten in Bezug auf die vorgelegte Fallvignette untersucht. Verschiedene mögliche Ursachen sollten von den Respondenten hinsichtlich ihrer Relevanz für das geschilderte Problem bewertet werden. Die Liste von Ursachen umfasste biologische Ursachen (Gehirnerkrankung, Vererbung, Stoffwechselstörung), aktuelle Stressoren (Stress in der Partnerschaft, berufliche Belastungen, belastende Lebensereignisse wie den Verlust eines nahestehenden Menschen) sowie negative Ereignisse in der Kindheit (lieblose Behandlung im Elternhaus, aufgewachsen in zerrütteten Familienverhältnissen, sexueller Missbrauch in der Kindheit).

Die Antworten wurden mithilfe fünfstufiger Likert-Skalen mit den Ankern „ist ganz sicher eine Ursache“=1 und „ist ganz sicher keine Ursache“=5 gegeben. Für die Analysen wurden die Antwortscores invertiert, so dass hohe Werte einer stärkeren Ursachenzuschreibung entsprechen. Bei den Vorstellungen zu Behandelbarkeit und Verantwortung für den Zustand wurde danach gefragt, ob die Respondenten annehmen, dass die betreffende Person selbst an ihrem Zustand schuld ist, dass die Person nie in der Lage sein wird, einer geregelten Arbeit nachzukommen, dass die Person sich nur zusammenreißen muss, damit es ihr wieder besser geht, und dass sich der Zustand der Person unter einer Behandlung deutlich verbessert.

Schließlich wurde die Zustimmung zu Kontinuitätsvorstellungen erfragt, also zu der Sichtweise, dass psychische Gesundheit und psychische Krankheit lediglich zwei Pole eines Kontinuums zunehmender Symptomschwere sind (im Gegensatz zu einer dichotomen, kategorialen Unterscheidung zwischen gesund und krank). Zustimmung zu Kontinuitätsvorstellungen von psychischen Krankheiten ist mit mehr Mitleid und größerer Hilfsbereitschaft den Betroffenen gegenüber sowie mit geringerer Ablehnung assoziiert (Schomerus et al., 2013). Die Kontinuitätsvorstellungen wurden mit der Zustimmung zu der Aussage „Im Grunde geht es uns allen manchmal so wie der Person, es ist nur eine Frage, wie ausgeprägt der Zustand ist“ gemessen. Antworten wurden wieder mithilfe fünfstufiger Likert-Skalen mit den Ankern „trifft sicher zu“=1 und „trifft sicher nicht zu“=5 gegeben. Für die Analysen wurden auch diese Antwortscores invertiert, so dass hohe Werte einer hohen Zustimmung entsprechen.

Die Korrelate der Krankheitsbezeichnungen „Burnout“ und „Depression“ wurden mit insgesamt drei multivariaten logistischen Regressionsanalysen untersucht. Unabhängige Variablen waren jeweils die verschiedenen Ursachen- und Krankheits-

vorstellungen, als mögliche konfundierende Variablen wurden in allen Analysen Alter, Dauer der Schulbildung und Geschlecht verwendet. Als abhängige Variablen wurden drei Dummy-Variablen verwendet, die aus den offenen Nennungen der Problembzeichnung gebildet wurden: Nennung von „Burnout“ (=1) versus alle anderen Krankheitsbezeichnungen (=0, Modell 1); Nennung von „Depression“ (=1) versus alle anderen Krankheitsbezeichnungen (=0, Modell 2); Nennung von „Burnout“ (=1) versus Nennung von „Depression“ (=0, Modell 3). In diese letzte Analyse gingen nur diejenigen Fälle ein, die entweder Burnout oder Depression angegeben hatten. Nennungen von beiden Krankheitsbezeichnungen (n=37) oder von keiner der beiden Bezeichnungen (n=300) blieben unberücksichtigt.

Auf diese Weise lassen sich die Einstellungskorrelate beider Laiendiagnosen für sich genommen (Modelle 1 und 2) und potentielle Unterschiede zwischen beiden (Modell 3) abbilden. Angegeben sind jeweils die Odds Ratio (OR). Diese zeigen für jede der Krankheitsursachen und -vorstellungen an, um welchen Faktor sich die Wahrscheinlichkeit einer Nennung von „Burnout“ bzw. „Depression“ verändert, wenn dieser Krankheitsursache und -vorstellung um eine Einheit auf der Likert-Skala stärker zugestimmt wird.

2.2.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Hinsichtlich der Ursachenzuschreibungen hat sich herausgestellt (Modell 1), dass das Problem als Burnout zu bezeichnen mit einer größeren Wahrscheinlichkeit mit der Vorstellung verbunden war, dass es durch berufliche Belastung (OR=1,561) und auch mit einem sexuellen Missbrauch in der Kindheit (OR=1,255) verbunden war. Die Vorstellung, dass das Problem erblich bedingt sei, war mit einer geringeren Nennung von Burnout (OR=0,758) verbunden. Die Verwendung der Bezeichnung Burnout war mit einem höheren Bildungsgrad (OR=1,838) assoziiert.

Weiterhin (Modell 2) war die Bezeichnung als Depression mit der Vorstellung verbunden, dass das Problem vererbt sei (OR=1,286), durch ein akutes „Life event“ ausgelöst sei (OR=1,157) und auf eine lieblose Behandlung im Elternhaus zurückgehe (OR=1,269). Ein höheres Alter (OR=0,990) und die Annahme, dass die Person selbst an ihrem Zustand schuld sei (OR=0,805), waren mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit verbunden, das Problem Depression zu nennen.

Im Vergleich der beiden Krankheitsbezeichnungen (Modell 3) konnte gezeigt werden, dass die Bezeichnung als Burnout im Gegensatz zur Bezeichnung als Depression weniger mit der Vorstellung verbunden war, dass das Problem erblich sei (OR=0,548). Dafür war es stärker mit der Vorstellung verbunden, dass es auf berufliche Belastungen zurückgehe (OR=1,541). Bei den Kontinuitätsvorstellungen zeigte sich, dass sie mit einer höheren Vorstellung verbunden waren, das Problem Burnout, und nicht Depression zu nennen (OR=1,306).

2.3 Emotionale Reaktionen

Schließlich wurden in einer weiteren Arbeit (**Artikel C**) emotionale Reaktionen bezüglich der Krankheitsbezeichnungen Burnout und Depression untersucht. Den Respondenten wurde die Frage gestellt: „Wie würden Sie reagieren?“. Dabei wurden verschiedene Aussagen vorgegeben, die von den Respondenten bewertet wurden. Im Einzelnen waren dies „Er löst bei mir Angst aus“, „Ich fühle mich unbehaglich“, „Ich reagiere ärgerlich“, „Ich verspüre Mitleid mit ihm“, „Ich fühle mich durch ihn verunsichert“, „Mich belustigt so etwas“, „Ich verspüre für ihn Sympathie“, „Ich fühle mich durch ihn „genervt“, „Ich verspüre das Bedürfnis, ihm zu helfen“ und „Er löst bei mir Unverständnis aus“. Die Antworten wurden mit Hilfe einer 5-stufigen Likert-Skala, mit den Ankern „trifft voll und ganz zu“ = 1 und „trifft überhaupt nicht zu“ = 5 gegeben. Für die Analysen wurden die Antwortscores invertiert, sodass hohe Werte einer starken Zustimmung entsprechen. Als potentielle Einflussgrößen wurden die soziodemographischen Variablen erhoben.

Es wurden lineare Regressionsanalysen durchgeführt. Die verschiedenen Reaktionen wurden als abhängige Variablen verwendet. Als unabhängige Variablen wurden zwei Dummy-codierte Variablen für die Nennung von Burnout (1=ja) und Depression (1=ja) als Krankheitsbezeichnung verwendet. Darüber hinaus wurden die potentiell konfundierenden Variablen Bildung, Alter und Geschlecht in die Analyse eingeschlossen. Angegeben sind die nichtstandardisierten Regressionskoeffizienten (B). Diese zeigen an, um welchen Betrag sich die abhängige Variable bei der Nennung von Burnout oder von Depression verändert. Weiterhin wurden in mehrfaktoriellen Varianzanalysen jeweils die Haupteffekte der Faktoren Burnout und Erwerbsstatus auf die jeweilige Emotion sowie die Interaktionen zwischen der Nennung von Burnout oder Depression und des Erwerbsstatus (C) berechnet.

Die verschiedenen emotionalen Reaktionen wurden als abhängige Variablen verwendet. Als unabhängige Variablen wurden die Dummy-codierten Variablen für Burnout und Depression verwendet, sowie die dichotomisierte Variable Erwerbsstatus. Angegeben sind die unstandardisierten Koeffizienten. Diese zeigen an, um welchen Betrag sich die abhängige Variable bei der Nennung von Burnout oder von Depression oder Erwerbsstatus als jeweiliger Haupteffekt, und jeweils Burnout und Depression in Abhängigkeit vom Erwerbsstatus ändert.

2.3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Untersuchungen der emotionalen Reaktionen auf das geschilderte Problem haben ergeben, dass die Nennung von Depression mit mehr Angst ($B=0,155$) und Unbehaglichkeit ($B=0,211$), aber mit weniger Verständnis ($B=-0,176$) verbunden ist. Die Nennung von Burnout ist mit einem stärkeren Bedürfnis zu helfen ($B=0,264$), jedoch mit weniger Verunsicherung ($B=-0,287$), Genervtheit ($B=-0,294$) und Unverständnis ($B=-0,382$) verbunden.

Interaktionsanalysen ergaben bei erwerbstätigen Menschen bei der Nennung von Depression eine stärkere Verunsicherung, bei der Nennung von Burnout dagegen mehr Mitleid.

3. Diskussion

Eine Besonderheit der vorliegenden Arbeiten ist, dass es sich um Auswertungen der Meinungen in der Allgemeinbevölkerung und nicht um Analysen von betroffenen Berufsgruppen handelt. Die Analysen beziehen sich auf die Wahrnehmung von Burnout, mögliche Ursachenzuschreibungen und emotionale Reaktionen. So konnte gezeigt werden, dass die Bezeichnung Burnout für depressive Zustände im Verlauf der letzten Jahre häufiger geworden ist und dass ein Burnout durchaus als Krankheit wahrgenommen wird. Menschen tendieren zu größerer Ablehnung, wenn ein anderer für depressiv gehalten wird, und empfehlen eher professionelle Hilfe, wenn sie eine Depression vermuten.

Als ursächlich für einen Burnout wird eher berufliche Belastung und sexueller Missbrauch in der Kindheit assoziiert, für eine Depression werden eher Vererbung, ein liebloses Elternhaus und aktuelle Lebensereignisse als ursächlich angenommen. Emotional ist ein Burnout mit einem stärkeren Bedürfnis zu helfen und weniger Verunsicherung verbunden, während Depression mit größerem Unbehagen assoziiert ist. Es hat sich gezeigt, dass die Erwerbstätigkeit einen Einfluss auf die emotionalen Reaktionen hat. Bei Erwerbstätigen war die Verwendung des Begriffes Burnout mit mehr Mitleid und die Verwendung von Depression mit mehr Verunsicherung verbunden.

3.1 Limitierungen

Neben den Stärken der hier zusammengefassten Arbeiten, wie zum Beispiel die bevölkerungsrepräsentative(n) Umfrage(n) und die Untersuchung einer Fallvignette, sind auch kritische methodische Punkte zu berücksichtigen. Dazu zählt, dass keine Fallvignette Burnout untersucht wurde, sondern die Reaktionen auf die Fallvignette einer depressiven Erkrankung ausgewertet wurden. Es lassen sich demnach keine Aussagen darüber treffen, was die Allgemeinbevölkerung unter einer Burnout Erkrankung versteht.

Die selten vorkommenden Benennungen von Schizophrenie oder Alkoholabhängigkeit als Burnout (Artikel A) sind Hinweis auf die heterogene Verwendung des Begriffes Burnout in der Allgemeinbevölkerung. Weiterhin ist zu erwähnen, dass die untersuchten Krankheitsvorstellungen nur einen kleinen Teil der Varianz der Verwendung der beiden Begriffe Burnout und Depression in den Modellen erklären, in denen

die Verwendung einer Krankheitsbezeichnung, verglichen mit allen anderen, genauer bestimmt wird (Artikel B). Wahrscheinlich ist das ein Hinweis darauf, dass sich diese Vorstellungen mit anderen umgangssprachlichen Krankheitsbezeichnungen überschneiden.

Darüber hinaus geben geringe Effektstärken Hinweise darauf, dass die emotionalen Reaktionen auf Personen mit psychischen Erkrankungen noch von anderen Determinanten beeinflusst werden können (Artikel C). Insgesamt lassen sich aus den hier dargestellten korrelativen Untersuchungen keine kausalen Zusammenhänge ableiten.

3.2 Historische Vorgänger des Begriffes Burnout

Aus historischer Perspektive wird diskutiert, inwieweit sich die Diagnose Burnout einreicht in die Folge historischer Modediagnosen wie der Neurasthenie oder der sogenannten Managerkrankheit (Kury, P., 2014). Während die Neurasthenie seit 1880 im Bereich der psychischen Störungen klassifiziert wurde (a.a.O., S.108), definiert sich die Managerkrankheit der 1950er Jahre über den Kreis der Erkrankten (a.a.O., S.114). Die Vergabe einer Burnout-Diagnose entwickelte sich seit den 1970er Jahren stetig und scheint heute als eine Art Volkskrankheit wahrgenommen zu werden (a.a.O., S.120). Bei allen Erkrankungen wurden Erschöpfungszustände beschrieben, die zum Verlust der Arbeitsfähigkeit führten. Darüber hinaus wird bei allen genannten Erkrankungen eine Art Kontextabhängigkeit diskutiert.

Waren es im ausgehenden 19. Jahrhundert technische Innovationen und veränderte Kommunikationsmöglichkeiten, welche das Nervensystem vermeintlich stärker belasteten, so wurden in der Mitte der 20. Jahrhunderts die Arbeitsbelastungen in Verbindung mit Bewegungsmangel verantwortlich gemacht. Während sich in der zeitlichen Folge die Diagnose Burnout zuerst auf die Belastungen der Menschen in helfenden Berufen bezog, hat sich die Diagnosestellung nunmehr auf nahezu alle Berufsbe-
reiche erweitert.

Dass der historische Kontext eine wichtige Rolle spielen kann, ist auch bei anderen Erkrankungen zu konstatieren, wie zum Beispiel dem Golfkriegssyndrom. Bei Burnout, Neurasthenie und der Managerkrankheit handelt es sich jedoch um drei Erkrankungen, deren Auftreten nicht singulären Ereignissen zuzuschreiben ist, deren Symptomatik jedoch große Überschneidungsbereiche aufweist. Zu verschiedenen his-

torischen Zeiten erschien es offenbar bedeutsam, ähnliche Entitäten unterschiedlich zu bezeichnen.

Es scheint also ein Bedürfnis zu geben, zwischen zeittypischen Belastungen und beobachteten Symptomen kausale Zusammenhänge herzustellen. Dies ist aus psychiatrischer Sicht nicht grundsätzlich falsch, da davon ausgegangen wird, dass verschiedenartige Belastungen zu psychischen Erkrankungen führen können.

Zusammenhänge zwischen auftretenden Belastungen und Erkrankungen suggerieren jedoch monokausale Zusammenhänge, die es so nicht gibt. So können Menschen sehr wohl durch Belastungen psychisch erkranken. Jedoch können sich darunter auch andere psychische Störungen herausbilden, wie beispielsweise sowohl eine Zwangsstörung als auch eine Psychose. Zusammengenommen erklären weder die jeweiligen singulären Ereignisse noch vermutete monokausale Zusammenhänge das Auftreten und die Beschreibung sich ähnelnder Symptomatiken.

3.3 Rechtfertigung der Verwendung des Begriffes Burnout

Nachdem die Bezeichnungen Neurasthenie und Managerkrankheit einige Zeit verwendet wurden, um psychische Zustände im Zusammenhang mit Erschöpfung und Überlastung zu beschreiben, zeigen die hier dargestellten Arbeiten, dass sich dafür nunmehr der Begriff Burnout etabliert hat. Die zunehmende Verwendung des Begriffes Burnout scheint ein Hinweis auf die zunehmende Verankerung im Bewusstsein und im Wortschatz der Bevölkerung zu sein. Allerdings stellt sich die Frage, ob die Verwendung eines neuen Begriffes und sprachlich die Bezeichnung als Burnout gerechtfertigt ist.

Zunächst einmal konnte gezeigt werden, dass Burnout durchaus als psychische Erkrankung gesehen wird, und dieser Begriff von Teilen der Bevölkerung spontan zur Beschreibung eines depressiven Syndroms verwendet wird. Weiterhin konnte gezeigt werden, dass psychische Zustände als Burnout bezeichnet werden, und sie mit einer geringeren Stigmatisierung verbunden sind. Außerdem ist die Verwendung des Begriffes mit positiveren emotionalen Reaktionen verbunden. Menschen empfinden für an Burnout Erkrankte mehr Mitleid und werden durch sie weniger verunsichert. Die Ergebnisse der Untersuchungen zu den Krankheitsvorstellungen stützen dies. Hierbei werden berufliche Belastungen häufiger als ursächlich für einen Burnout angenommen.

Diese Erkenntnis besitzt eine gewisse Augenscheinvalidität, der Nachweis erscheint jedoch wichtig, wenn man bedenkt, welche Ursachen sonst von Laien für psychische Erkrankungen angenommen werden. Dazu zählt auch die Annahme, dass ein sexueller Missbrauch in der Kindheit mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit verbunden ist, ein Burnout zu bekommen.

Aus fachlicher Sicht lassen sich diese Zusammenhänge zwischen Ursache und Erkrankung jedoch nicht so unidirektional darstellen. Zu den Vorteilen der Verwendung des Begriffes Burnout zählt also, dass das Vorhandensein einer psychischen Erkrankung positiver besetzt, ja sogar „entschuldigt“ wird, da eher unidirektionale Zusammenhänge zwischen beruflicher Belastung und Erkrankung von der Bevölkerung angenommen werden. Darüber hinaus ist vorstellbar, dass das Hilfesuchverhalten von Betroffenen durch eine unverfänglichere Begrifflichkeit positiv beeinflusst wird. Einigen Menschen könnte es leichter fallen, sich in eine Behandlung zu begeben, wenn es sich um eine unverfänglichere Diagnose als um eine klassische psychische Erkrankung handelt. Da Burnout-Diagnosen von Experten vor allem im Zusammenhang mit Problemen am Arbeitsplatz vergeben werden, könnten damit perspektivisch positivere Konnotationen verbunden sein.

Obwohl den Betroffenen von Laien weniger eine professionelle Behandlung empfohlen wird, muss das nicht bedeuten, dass Experten, wie zum Beispiel Hausärzte, ähnlich reagieren. Der Besuch beim Hausarzt stellt im deutschen Gesundheitssystem den wichtigsten Kontakt zum Hilfesystem dar, um den Betroffenen adäquate Behandlungen zu empfehlen und zu vermitteln. Der hausärztliche Umgang mit Erkrankungen aus diesem Störungskreis könnte Gegenstand zukünftiger Untersuchungen sein. Durch Schulungen von Hausärzten im Bereich psychischer Störungen einerseits, sowie die im Bedarfsfall sehr rasche Vorstellung von Patienten in psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten lassen sich möglicherweise prolongierte Behandlungsverläufe vermeiden.

Die Vorteile durch eine geringere Stigmatisierung und die Anerkennung in der Bevölkerung werden durch eindeutige Nachteile erkaufte. Dass Burnout sich in den medizinischen Klassifikationssystemen nicht bei den psychischen Erkrankungen abbildet könnte auch darauf schließen lassen, dass es als solche von den Behandlern nicht ernst genommen wird. In der Folge ergibt sich eine gewisse Wahrscheinlichkeit, dass Erkrankte deshalb falsch behandelt werden könnten, indem ihnen zum Beispiel keine Pharmakotherapie angeboten wird. Dadurch könnten sich bei schweren Verläu-

fen die Erkrankungszeiten verlängern. Offen bleibt die Frage, wie sich unterschiedliche diagnostische Termini langfristig auf den Krankheitsverlauf und das Krankheitserleben auswirken.

Die entstigmatisierende Wirkung durch eine Burnout-Diagnose hat jedoch auch negative Folgen auf andere, stärker stigmatisierende Erkrankungen. So können auch andere Erkrankungen wie beispielsweise Depression, Schizophrenie oder Alkoholabhängigkeit als Reaktion auf Belastungen und Stress verstanden werden und entstehen.

Durch die Vergabe einer Burnout-Diagnose entsteht die Gefahr, dass andere psychische Erkrankungen vorerst übersehen und erst im weiteren Behandlungsverlauf diagnostiziert werden. In ähnlicher Weise gilt die posttraumatische Belastungsstörung schlechthin als Traumafolgestörung, obwohl Traumata auch die Entstehung anderer psychischer Erkrankungen begünstigen können.

3.4 Ausblick

Es erscheint empfehlenswert, die Bezeichnung problematischer psychischer Zustände und die Verwendung des Begriffes Burnout zum Gegenstand von weiteren Untersuchungen zu machen. Eine zentrale Rolle in der medizinischen Versorgung nimmt die hausärztliche Behandlung ein. Hier könnten Untersuchungen darüber Aufschluss geben, bei welchen symptomatischen Beschwerden die Diagnose Burnout vergeben wird, zum Beispiel auch in Abhängigkeit von erfolgten Weiterbildungen. Hierbei könnte es interessant sein herauszufinden, ob es einen Unterschied bei der Diagnosestellung macht, wenn Allgemeinmediziner zusätzlich zu den für die Facharztausbildung notwendigen Kursen in psychosomatischer Grundversorgung psychiatrische Weiterbildungen in Anspruch genommen haben oder nicht.

Weiterhin wären Untersuchungen über erfolgte Behandlungsverläufe wünschenswert. Hier erscheint besonders die Frage interessant, ob sich Behandlungsverläufe hinsichtlich der Art der Behandlung und Dauer der Erkrankung unterscheiden, wenn als Erstdiagnose Burnout oder Depression vergeben werden. Auch wenn die Diagnose Burnout in der Allgemeinbevölkerung zu einem besseren Verständnis beim Zusammenhang zwischen externen Belastungen und psychischen Störungen beigetragen zu haben scheint, sind Aufklärungskampagnen über die vielschichtige Realität psychischer Erkrankungen weiterhin nötig.

4. Zusammenfassung

Die wissenschaftlichen und öffentlichen Interessen an Burnout-Erkrankungen haben in den letzten Jahren stetig zugenommen. Eine eindeutige Definition fehlt bis heute. Lange Zeit hat sich die Definition von Maslach in der Trias aus emotionaler Erschöpfung, Depersonalisierung und Erleben von Misserfolg in der Verwendung und im Verständnis gehalten. In der letzten Zeit finden zunehmend Definitionen Verwendung, welche die Prozesshaftigkeit der Erkrankung hervorheben.

Auch in der Allgemeinbevölkerung hat sich in den letzten Jahren zunehmend die Verwendung der Begrifflichkeit Burnout für verschiedene psychische Zustände durchgesetzt. Während anfänglich die Verwendung des Begriffes sehr eng mit dem Arbeitsleben verbunden war, wurden diese Zusammenhänge unter Begriffen wie Entgrenzung und Subjektivierung von Arbeit auch um gesellschaftliche Kontexte ergänzt, und um Belastungen und Überforderungen im Alltag erweitert. Belege dafür, auf welche Weise der Begriff Burnout in der Bevölkerung verankert ist, fehlen.

Mit den in dieser Schrift zusammengefassten Arbeiten soll gezeigt werden, wie der Begriff im Zusammenhang mit depressiven Erkrankungen verwendet wird, und welche Krankheitsvorstellungen mit ihm verknüpft sind. Dazu wurden stigmatisierende Haltungen und Therapieempfehlungen, Ursachenvorstellungen und emotionale Reaktionen in Bezug auf die Verwendung des Burnout-Begriffes untersucht.

Es konnte gezeigt werden, dass depressive Erkrankungen von der Allgemeinbevölkerung zunehmend stärker als Burnout wahrgenommen, dabei aber auch als medizinische Krankheiten gesehen werden. Die Bezeichnung als Burnout ist mit einer geringeren Ablehnung der betroffenen Person verbunden. Bei den Ursachenvorstellungen zeigte sich, dass Burnout eher mit beruflicher Belastung, und Depression mit genetischen Prädispositionen und Erlebnissen in der Kindheit in Verbindung gebracht wird. Bezüglich der emotionalen Reaktionen war die Verwendung des Begriffes Burnout mit einem stärkeren Hilfsbedürfnis verbunden, während Depression mit mehr Angst und Unbehagen assoziiert war. Mit der Verwendung des Begriffes Burnout ist eine entstigmatisierende Wirkung verbunden.

Vorteil ist eine größere Akzeptanz psychischer Beeinträchtigungen in der Allgemeinbevölkerung. Damit verbundene Nachteile bestehen in der großen Wahrscheinlichkeit übersehener anderer psychischer Erkrankungen und folgenden fehlenden Be-

handlungen. Eine große Gefahr besteht darin, multifaktorielles Geschehen mit monokausalen Sichtweisen zu erklären.

5. Literaturverzeichnis

American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fifth Edition*. Washington: American Psychiatric Association.

Angermeyer, M.C., Schomerus, G., Carta, M.G., Moro, M.F., Toumi, M., Millier, A., Holzinger, A. (2013). Burnout: ein deutsches Phänomen? *Psychiatrische Praxis*. 40: 425-429.

Angermeyer, M.C., Matschinger, H., Link, B.G. Schomerus, G. (2014). Public attitudes regarding individual and structural discrimination: Two sides of the same coin?. *Social Science & Medicine*. 103: 60-66.

Angermeyer, M.C., Matschinger, H., Schomerus, G. (2013). Has the public taken notice of psychiatric reform? The image of psychiatric hospitals in Germany 1990-2011. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*. 48: 1629-1635.

Berger, M., Schneller, C., Maier, W. (2012). Arbeit, psychische Erkrankungen und Burnout: Konzepte und Entwicklungen Diagnostik, Prävention und Therapie. *Nervenarzt*. 83:1364–1372.

Burisch, M. (2014). *Das Burnout-Syndrom*. Springer-Verlag Berlin. Heidelberg: 5. Auflage. S.129-197.

Gerloff, A. (2010). Ex-Skispringer Hannawald: „Wenn es schlecht lief, war es der Horror“. *Spiegel Online*. <http://www.spiegel.de/sport/wintersport/ex-skispringer-hannawald-wenn-es-schlecht-lief-war-es-der-horror-a-724397.html>. Stand: 28.06.2016.

Goza-Macmullan, G. R. (1988). A path analysis of a job burnout model among fire fighters. *Dissertation Abstracts international*. 49. (10): 4588-B.

Greve, G. (2012). *Organizational Burnout: Das versteckte Phänomen ausgebrannter*

Organisationen. Gabler-Verlag. Springer Fachmedien. S.17.

Groß, G. (2008). *Wir kommunizieren uns zu Tode: Überleben im digitalen Dschungel*. Wirtschaftsverlag Ueberreuter. S.10-12.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.) (2015). *ICD-10-GM Systematisches Verzeichnis: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*. Deutscher Ärzte-Verlag.

Freudenberger, H.J., Richelson, G. (1980). *Burn-Out. The High Cost of High Achievement*. Garden City. N.Y. Anchor Press.

Friedrich, H.-C., Henningsen, P. (2014). Burnout-Syndrom – aus medizinischer Sicht. *Der medizinische Sachverständige*. 04: 142-146.

Harmann, L. (2014). Burn-out: Gesundheitsrisiko Mutterschaft. *Spiegel Online*. <http://www.spiegel.de/gesundheit/psychologie/mutter-mit-burnout-erziehung-und-arbeit-belasten-viele-muetter-a-988640.html>. Stand: 28.06.2016.

Kniepps, F., Pfaff, H. (Hrsg.). (2015). *BKK Gesundheitsreport 2015*. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin. S.90.

Kury, P. (2014). *Von der Neurasthenie zum Burnout – eine kurze Geschichte von Belastung und Anpassung* in: Neckel, S., Wagner, G. (Hrsg.) *Leistung und Erschöpfung: Burnout in der Wettbewerbsgesellschaft*. Suhrkamp Verlag Berlin. 2.Auflage. S.107-128.

Lauerdale, M. (1981). *Burnout*. Austin, TX: Learning Concepts.

Lehr, D., Sosnowsky, N., Hillert, A. (2007). *Stressbezogene Interventionen zur Prävention von psychischen Störungen im Lehrerberuf*. Rothland, M. (Hrsg.). *Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf. Modelle, Befunde, Interventionen*. Verlag für Sozialwissenschaften: GWV Fachverlage GmbH.

- Link, B.G., Cullen, F.T., Frank, J., Wozniak, J.F. (1987). The social rejection of former mental patients – understanding why labels matter. *American Journal of Sociology*. 92: 1461–1500.
- Lohr, K., Nickel, H.M. (2005). *Subjektivierung von Arbeit – Riskante Chancen*. Lohr, K., Nickel, H.M. (Hrsg.). *Subjektivierung von Arbeit – Riskante Chancen* Westfälisches Dampfboot. Münster.
- Markowetz, A. (2015). *Digitaler Burnout: Warum unsere permanente Smartphone Nutzung gefährlich ist*. Droemer HC.
- Maslach, C. (1976). Burned out. *Human Behavior*. 5: 16-22.
- Maslach, C. (1982). *Burnout – The Cost of Caring*. Englewood Cliffs, N.J. Prentice-Hall.
- National Center for Biotechnology Information (NCBI). *U.S. National Library of Medicine. PubMed*. Online: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
Stand: 28.06.2016.
- Perlman, B., Hartman, E.A. (1982). Burnout: Summary and future research. *Human Relations*. 35: 283-305.
- Schaufeli, W.B., Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study & practice*. London: Taylor & Francis. S.36.
- Schomerus, G., Matschinger, H., Angermeyer, M.C. (2013). Continuum beliefs and stigmatizing attitudes towards persons with schizophrenia, depression and alcohol dependence. *Psychiatry Research*. 209: 665–669.
- Taylor-Brown, S., Hannon Johnson, K., Hunter, K., Rockowitz, R.J. (1982). Stress identification for social workers in health care: A preventive approach to burnout. *Social Work in Health Care*. 7: 91-100.

Voss, G., Weiss, C. (2014). *Burnout und Depression – Leiterkrankungen des subjektiven Kapitalismus oder: Woran leidet der Arbeitskraftunternehmer?* In: Neckel, S., Wagner, G. (Hrsg.). *Leistung und Erschöpfung: Burnout in der Wettbewerbsgesellschaft*. Suhrkamp Verlag Berlin. 2.Auflage.

Wenzel, F.T. (2012). Burnout verursacht immer mehr Arbeitsausfälle. *Frankfurter Rundschau*. 30.04.2012. Online: <http://www.fr-online.de/arbeits-soziales/immer-mehr-faelle-von-erschoepfung-burnout-verursacht-immer-mehr-arbeitsausfaelle,1473632,15043490.html>. Stand: 28.06.2016.

Zabel, R.H. & Zabel, M.K. (1982). Factors in burnout among teachers of exceptional children. *Exceptional Children*. 49: 261-263.

Eidstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Dissertation selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Die Dissertation ist bisher keiner anderen Fakultät, keiner anderen wissenschaftlichen Einrichtung vorgelegt worden.

Ich erkläre, dass ich bisher kein Promotionsverfahren erfolglos beendet habe und dass eine Aberkennung eines bereits erworbenen Doktorgrades nicht vorliegt.

Datum

Unterschrift

Lebenslauf

Der Lebenslauf wurde aus datenschutzrechtlichen Gründen entfernt.

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Georg Schomerus. Durch das mir entgegengebrachte große Vertrauen und die Motivation ist diese Arbeit ermöglicht worden. Die angenehme Arbeitsatmosphäre wird mir unvergesslich sein. Auch für die Übernahme der Betreuung der Arbeit bedanke ich mich sehr. Weiterhin möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. Matthias C. Angermeyer für die sehr konzentrierte und konstruktive Zusammenarbeit bedanken. Der Arbeitsgruppe „Stigma“ gilt mein Dank für die offenen Ohren und konstruktiven Vorschläge.

Herzlich bedanken möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. Harald J. Freyberger für die Unterstützung meiner wissenschaftlichen Arbeit in seiner Klinik und sein Vertrauen in meine klinische Tätigkeit.

Bei Prof. Dr. H.-J. Hannich möchte ich mich für das Vertrauen in meine klinische Arbeit bedanken. Durch die Implementierung des psychotherapeutischen Konsiliar- und Liaisondienstes habe ich viel an Erfahrung dazugewinnen können.

Zu großem Dank bin ich Herrn Prof. Dr. Alfons O. Hamm verpflichtet. Ich denke sehr gerne an die Zeit an seinem Lehrstuhl zurück, die mich in meiner klinischen und wissenschaftlichen Arbeit prägte. Mein Dank gilt gleichfalls Prof. Dr. Harald T. Schupp und Privatdozentin Dr. Almut I. Weike für die nachhaltige Unterstützung in dieser Zeit.

Meinen Eltern danke ich für die wohlwollende Begleitung auch meiner beruflichen Entwicklung. Bei meiner Frau Susanne und meinen Kindern möchte ich mich für die Geduld und die Nachsicht bedanken.

Anhang A: Fallvignette Depression; weibliche Version

Zusatzkarte D1

Stellen Sie sich bitte vor, Sie erfahren über eine Bekannte, mit der Sie seit einigen Jahren gelegentlich etwas in der Freizeit unternehmen, folgendes:

Innerhalb der letzten beiden Monate hat sich Ihre Bekannte in ihrem Wesen sehr verändert. Im Gegensatz zu früher ist sie niedergeschlagen und traurig, ohne dass sie dafür einen konkreten Grund angeben kann. Sie wirkt ernst-bekümmert. Es gibt nichts mehr, über das sie lachen kann. Sie redet kaum noch und wenn sie etwas sagt, dann spricht sie mit leiser Stimme über die Sorgen, die sie sich über die Zukunft macht. Ihre Bekannte fühlt sich zu nichts nutze, hat den Eindruck, alles falsch zu machen. Versuche, sie aufzuheitern, sind ohne Erfolg. Sie hat zu nichts mehr Lust, nichts interessiert sie mehr. Sie klagt darüber, ständig schon mitten in der Nacht aufzuwachen und dann nicht mehr einschlafen zu können. Bereits am Morgen fühlt sie sich schlapp und ohne Energie. Sie sagt, sie könne sich auf ihre Arbeit nur sehr schlecht konzentrieren. Im Unterschied zu früher braucht sie zu allem sehr lang. Ihr Arbeitspensum schafft sie kaum noch. Sie wurde deshalb bereits zu ihrem Vorgesetzten zitiert.

Anhang A: Fallvignette Depression; männliche Version

Zusatzkarte D1

Stellen Sie sich bitte vor, Sie erfahren über einen Bekannten, mit dem Sie seit einigen Jahren gelegentlich etwas in der Freizeit unternehmen, folgendes:

Innerhalb der letzten beiden Monate hat sich Ihr Bekannter in seinem Wesen sehr verändert. Im Gegensatz zu früher ist er niedergeschlagen und traurig, ohne dass er dafür einen konkreten Grund angeben kann. Er wirkt ernst-bekümmert. Es gibt nichts mehr, über das er lachen kann. Er redet kaum noch und wenn er etwas sagt, dann spricht er mit leiser Stimme über die Sorgen, die er sich über die Zukunft macht. Ihr Bekannter fühlt sich zu nichts nutze, hat den Eindruck, alles falsch zu machen. Versuche, ihn aufzuheitern, sind ohne Erfolg. Er hat zu nichts mehr Lust, nichts interessiert ihn mehr. Er klagt darüber, ständig schon mitten in der Nacht aufzuwachen und dann nicht mehr einschlafen zu können. Bereits am Morgen fühlt er sich schlapp und ohne Energie. Er sagt, er könne sich auf seine Arbeit nur sehr schlecht konzentrieren. Im Unterschied zu früher braucht er zu allem sehr lang. Sein Arbeitspensum schafft er kaum noch. Er wurde deshalb bereits zu seinem Vorgesetzten zitiert.

Anhang B: Publikationen der kumulativen Dissertation

Artikel A

„Burnout“ statt „Depression“ – eine Strategie zur Vermeidung von Stigma?

Johannes Bahlmann, Matthias C. Angermeyer, Georg Schomerus

Psychiatrische Praxis;

2013; 40: 78-82

Artikel B

Nicht ganz dasselbe: Krankheitsvorstellungen von Burnout und Depression in der Allgemeinbevölkerung

Johannes Bahlmann, Georg Schomerus, Matthias C. Angermeyer

Psychiatrische Praxis

2015; 42: 443-447

Artikel C

Macht Burnout Menschen ärgerlicher als Depression? Unterschiede in den emotionalen Reaktionen auf psychische Probleme in der Allgemeinbevölkerung

Johannes Bahlmann, Georg Schomerus, Matthias C. Angermeyer, Harald J. Freyberger

Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie

2016; 64: 19-24

„Burnout“ statt „Depression“ – eine Strategie zur Vermeidung von Stigma?

Calling it “Burnout” Instead of “Depression” – A Strategy to Avoid Stigma?

Autoren

Johannes Bahlmann^{1,2}, Matthias C. Angermeyer^{3,4}, Georg Schomerus^{1,2}

Institute

¹ Universitätsmedizin Greifswald, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Deutschland

² HELIOS Hansekllinikum Stralsund, Deutschland

³ Center for Public Mental Health, Gösing am Wagram, Österreich

⁴ Dipartimento di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Cagliari, Italien

Schlüsselwörter

- Labeling
- Depression
- Burnout
- Stigma

Keywords

- labeling
- depression
- burnout
- stigma

Zusammenfassung



Ziel: Inwieweit wird das Krankheitsbild Depression in der Allgemeinbevölkerung als Burnout bezeichnet, und hat dies Auswirkungen auf die Einstellungen zu den Betroffenen sowie auf die Behandlungsempfehlungen?

Methode: Repräsentative Bevölkerungsumfragen in Deutschland 2001 und 2011.

Ergebnis: Die Verwendung der Bezeichnung Burnout für eine Depression hat deutlich zuge-

nommen. Ein Burnout ist im Vergleich zu einer Depression mit einer etwas geringeren Ablehnung verbunden. Menschen mit einer Depression wird in stärkerem Maße professionelle Hilfe empfohlen.

Schlussfolgerung: Leichten Vorteilen bei der sozialen Akzeptanz stehen deutliche Nachteile hinsichtlich der Behandlungsempfehlungen gegenüber.

Einleitung



Menschen mit psychischen Erkrankungen leiden auf zweierlei Art und Weise [1]. Zusätzlich zu den wahrgenommenen Symptomen der eigentlichen Erkrankung müssen sich die Betroffenen mit der Stigmatisierung durch andere Menschen auseinandersetzen. Link und Phelan [2] haben ein Modell entwickelt, das die Stigmatisierung als einen Prozess verschiedener, eng aufeinander bezogener Schritte darstellt. Zuerst werden Unterschiede zwischen Menschen mit psychischen Störungen und anderen Menschen wahrgenommen und benannt (Labeling), etwa durch eine psychiatrische Diagnose oder einen umgangssprachlichen Begriff. Dieses Label ist dann mit bestimmten negativen Stereotypen verbunden, die Personen werden mit unerwünschten Eigenschaften in Zusammenhang gebracht. Die als unterschiedlich wahrgenommenen Menschen werden dabei zu einer Gruppe zusammengefasst und als fremde Gruppe wahrgenommen (Separation). Diese Wahrnehmung ist mit negativen emotionalen Reaktionen verbunden [3]. Als Ergebnis dieses Prozesses werden die Betroffenen diskriminiert und erleben einen Statusverlust auf unterschiedlichen Ebenen (materiell, finanziell, sozial etc. [4, 5]). Nicht nur das Erleben von Stigmatisierung, auch die Antizipation von negativen

Reaktionen beeinträchtigen das Leben der Betroffenen, die sich zurückziehen und bestimmte Situationen vermeiden [6]. Auf diese Weise behindert Stigma das Aufsuchen von Hilfe [7], verringert das Selbstwertgefühl der Betroffenen und behindert ihre Genesung [8]. Es wäre also überaus wünschenswert, Stigmatisierungen zu reduzieren oder zu verhindern, und es stellt sich die Frage, ob nicht durch die Verwendung einer anderen Krankheitsbezeichnung das Stigma einer so weitverbreiteten Krankheit wie der Depression vermieden werden könnte. In diesem Zusammenhang ist augenfällig, dass aktuell der Begriff „Burnout“ eine immer größere Rolle zu spielen scheint. Besonders wenn in der Öffentlichkeit stehende Personen psychische Probleme entwickeln, wird in den Medien oder von den Betroffenen selbst rasch ein Zusammenhang mit einem möglichen Burnout diskutiert. Der Begriff Burnout ist die englische Bezeichnung für Ausgebranntsein [9] mit den 3 Dimensionen überwältigende Erschöpfung, Gefühle von Zynismus und Distanziertheit und drittens einem Gefühl der Wirkungslosigkeit. In der ICD-10 [10] ist Burnout nicht unter den psychischen Erkrankungen, sondern unter den Z-Diagnosen zu finden: Z 73 „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“. Mit dieser Einteilung wird mehr auf „Probleme“, denn auf psychische

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1332891>
 Psychiatr Prax 2013; 40: 78–82
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0303-4259

Korrespondenzadresse

Johannes Bahlmann
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der
 Universitätsmedizin Greifswald
 am HELIOS Hansekllinikum
 Stralsund
 Rostocker Chaussee 70
 18437 Stralsund
 johannes.bahlmann@uni-greifswald.de

„Krankheit“ Bezug genommen. Die zunehmende Popularität des Begriffs Burnout könnte darauf hinweisen, dass es leichter fällt, das Vorhandensein psychischer Probleme als Burnout zu beschreiben, als eine psychische Erkrankung zu sehen. Es scheint leichter zu sein, ein Burnout zu akzeptieren. Es stellt sich also die Frage, inwieweit die Bezeichnung Burnout eine entstigmatisierende Wirkung hat. In Anlehnung an den Prozess der Stigmatisierung könnte die Benennung (das Labeling) einer depressiven Symptomatik als Burnout günstigere Folgen haben, als die Bezeichnung derselben Symptomatik als Depression. Aus der Perspektive von Experten ist es dabei grundsätzlich unerheblich, welche Bezeichnung Menschen den wahrgenommenen Problemen und Symptomen geben [11]. Hinsichtlich des Gebrauchs einer Burnoutdiagnose sind die Meinungen unterschiedlich. Experten aus psychiatrisch-psychotherapeutischen Arbeitsfeldern tendieren eher zu der Meinung, dass sich hinter einer Burnoutdiagnose eine Depression verbirgt [12], während andere Experten eher den arbeitstheoretischen Ansatz in den Mittelpunkt stellen, und ggf. eine Burnoutdiagnose für sinnvoller halten, als die Diagnose einer Depression [13]. Allerdings ist für die Behandlung des Problems die möglichst frühzeitige Inanspruchnahme angemessener professioneller Hilfe notwendig. Interessant ist deshalb auch, inwieweit die Bezeichnung Burnout die Empfehlung bestimmter Hilfsmaßnahmen beeinflusst, ob sie also einer effektiven Therapie der Erkrankung nützlich oder hinderlich ist. In unserer Arbeit möchten wir deshalb folgende Fragestellungen untersuchen:

1. Inwieweit wird das Krankheitsbild einer Depression von Laien als *Burnout* bezeichnet? Dabei möchten wir untersuchen, ob die Benennung einer Depression als *Burnout* in den letzten 10 Jahren zugenommen hat.
2. Inwieweit ist ein als *Burnout* bezeichnetes Problem in den Augen der Befragten eine Krankheit im medizinischen Sinne?
3. Ist die Bezeichnung *Burnout* im Vergleich zu *Depression* mit einer geringeren Ablehnung der betroffenen Person assoziiert?
4. Wie wirkt sich die Bezeichnung einer Depression als *Burnout* auf die Behandlungsempfehlungen für diese Person aus?

Methoden

Wir führten 2001 und 2011 eine repräsentative Bevölkerungsbefragung in Deutschland durch. Beide Befragungen waren methodisch identisch: Es wurden vollständig strukturierte, persönliche Interviews (face-to-face, paper and pencil) durchgeführt. Als Grundgesamtheit diente die deutschsprachige, in Privathaushalten lebende Bevölkerung ab einem Alter von 18 Jahren. Die Stichproben basierten auf einer 3-stufigen Zufallsauswahl, die bereits an anderer Stelle ausführlich beschrieben wurde [14]. Insgesamt wurden 2001 $n=5024$ Probanden (Ausschöpfungsquote 65,1%) und 2011 $n=3642$ Personen befragt (Ausschöpfungsquote 64%). Den Befragten wurde nach dem Zufallsprinzip eine Fallvignette vorgelegt, in der entweder eine Person mit Schizophrenie, Depression oder (nur 2011) Alkoholabhängigkeit beschrieben wurde. Für die verschiedenen Vignetten ergaben sich so die folgenden Fallzahlen. Umfrage 2001: Schizophrenie $n=2481$, Depression $n=2544$. Umfrage 2011: Schizophrenie $n=1235$, Depression $n=1220$, Alkoholabhängigkeit $n=1187$. Die soziodemografische Zusammensetzung der Stichproben entsprach jeweils weitestgehend der Allgemeinbevölkerung [14, 15]. Die Befragung wurde durch das Institut für Markt-, Meinungs- und Sozialforschung USUMA, Berlin, durchgeführt.

Interview



In der Vignette wurde eine Person mit einer depressiven Episode, einer Schizophrenie oder einer Alkoholabhängigkeit nach DSM-III-R beschrieben, ohne dass die Diagnose genannt wurde. Nach der Vorstellung der Vignette wurde den Befragten die offene Frage gestellt: „Wie würden Sie den Zustand, in dem sich dieser Mensch befindet, bezeichnen? Was meinen Sie, was dieser Mensch hat?“ Die Antworten wurden vom Interviewer wörtlich notiert und später einem induktiv entwickelten Kategoriensystem zugeordnet, das schon in der Umfrage 2001 Verwendung gefunden hatte. Die Anzahl der verwendeten Krankheitsbezeichnungen war nicht begrenzt, insgesamt nannten die Befragten bis zu 5 verschiedene Bezeichnungen. Anlässlich der aktuellen Umfrage wurde das Kategoriensystem um die Kategorie „Burnout“ ergänzt, diese Kategorie schloss alle Nennungen von Burnout ein. Weitere für unsere Auswertungen verwendete Kategorien waren „Depression/depressiv“, und eine Restkategorie für alle anderen gewählten Krankheitsbezeichnungen. Im Anschluss an die offene Frage wurden eine Reihe von geschlossenen, auf die Vignette bezogenen Fragen gestellt.

Inwieweit die Respondenten das Problem als Krankheit einschätzen, wurde mit der Frage: „Würden Sie sagen, dieser Mensch leidet an einer psychischen Krankheit im medizinischen Sinne?“ erhoben, möglich waren die Antworten ja (= 1), nein (= 0) und weiß nicht.

Die Ablehnung der Person wurde mit der Skala zur sozialen Distanz [16] erhoben. Mit dieser Skala wird die Bereitschaft erfasst, mit der beschriebenen Person in 7 hypothetischen Situationen in Kontakt zu treten. Sie umfasst Items wie „Wenn Sie ein Zimmer zu vermieten hätten, inwieweit würden Sie jemand mit einem solchen Problem als Mieter nehmen?“ Andere Items betreffen die Bereitschaft, jemanden als Nachbarn oder Arbeitskollegen zu akzeptieren, ihn für eine Arbeitsstelle zu empfehlen, ihm Kinder zur Aufsicht anzuvertrauen, ihn einem Freund vorzustellen oder ihn in die eigene Familie einheiraten zu lassen. Antworten wurden auf 5-stufigen Likert-Skalen mit den Anker 1 = ganz bestimmt und 5 = sicher nicht gegeben, ein hoher Wert zeigt also ein großes Bedürfnis nach sozialer Distanz an. Die Skala weist eine hohe interne Konsistenz auf ($\alpha=0,89$). In unserer Analyse verwenden wir den Summenwert der Skala mit einem Wertebereich von 0–28.

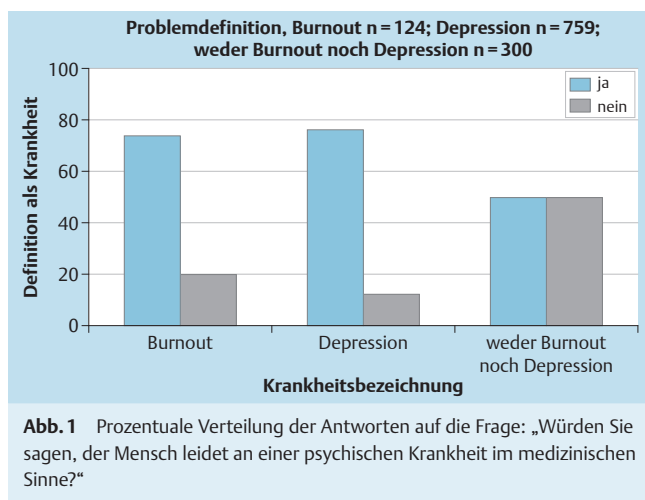
Weiter erfragten wir, welche Hilfe die Befragten der beschriebenen Person empfehlen würden. Dabei wurden die Einschätzungen sowohl hinsichtlich bestimmter Hilfeinstanzen (Hausarzt, Psychotherapeut, Psychiater/Nervenarzt) als auch bestimmter Behandlungsmethoden (Psychotherapie, Medikamente) erfragt. Antworten wurden wieder mithilfe 5-stufiger Likert-Skalen mit den Anker „würde ich sicher empfehlen“ = 1 und „würde ich sicher davon abraten“ = 5 gegeben. Für unsere Analysen wurden die Antwortscores invertiert, sodass hohe Werte einer starken Empfehlung entsprechen.

Als weitere potenzielle Einflussvariable wurden soziodemografische Variablen und bisheriger Kontakt zu psychisch Kranken erhoben.

Statistische Analyse

Wir führten lineare Regressionsanalysen durch, bei denen wir das Bedürfnis nach sozialer Distanz und verschiedene Behandlungsempfehlungen als abhängige Variablen verwendeten. Als unabhängige Variablen verwendeten wir Dummy-codierte Variablen für die Nennung von Burnout (1 = ja), die Nennung von De-





pression (1 = ja) und bisherigen Kontakt zu psychisch Kranken (1 = ja) sowie als potenziell konfundierende Variablen Alter, Dauer der Schulbildung und Geschlecht. Angegeben sind jeweils unstandardisierte Regressionskoeffizienten (B). Diese zeigen an, um welchen Betrag sich die abhängige Variable z. B. bei der Nennung von Burnout verändert.

Ergebnisse

1. Inwieweit wird das Krankheitsbild einer Depression von der Öffentlichkeit als Burnout bezeichnet?

Die Auswertung der spontan geäußerten Problembezeichnungen in den Umfragen 2001 und 2011 ergab, dass 2001 insgesamt 8 von 2544 Menschen (0,3%) das in der Depressionsvignette geschilderte Problem als Burnout bezeichneten, während ein Befragter von 2481 (0,04%) diese Bezeichnung für die Schizophrenievignette wählte. Zehn Jahre später sahen 124 von 1220 Menschen (10,2%) bei der Depressionsvignette einen Burnout (Schizophrenievignette n=22, 1,8%; Alkoholvignette n=15, 1,3%). Die Verwendung der Bezeichnung Burnout für eine Depression stieg im Untersuchungszeitraum also etwa um den Faktor 30 an. Auch Schizophrenie und Alkoholabhängigkeit werden gelegentlich als Burnout bezeichnet, allerdings in weit geringerem Ausmaß als eine Depression. Für die Beantwortung der folgenden Fragen beschränken wir uns auf die Stichprobe, die im Jahr 2011 zur Fallvignette Depression befragt wurde, da eine statistische Beschrei-

bung von Korrelaten der Nennung Burnout in den anderen Stichproben wegen der geringen Fallzahlen nicht sinnvoll ist.

2. Inwieweit ist ein als Burnout bezeichnetes Problem in den Augen der Respondenten eine Krankheit im medizinischen Sinne?

Wie in **Abb. 1** ersichtlich, schätzten etwa 74% derjenigen, die eine Depression als Burnout bezeichnen, dies als eine Krankheit im medizinischen Sinne ein. Im Gegensatz dazu sahen 77% in einer Depression eine Krankheit im medizinischen Sinne. Insgesamt 37 Personen bezeichneten das Problem sowohl als Burnout als auch als Depression, von diesen schätzten 35 (95%) das Problem als Krankheit ein.

3. Ist die Bezeichnung Burnout im Vergleich zu Depression mit einer geringeren Ablehnung der betroffenen Person assoziiert?

Die erste Spalte von **Tab. 1** zeigt eine lineare Regressionsanalyse, bei welcher der Wunsch nach sozialer Distanz die abhängige Variable ist. Der Wunsch nach sozialer Distanz war bei denjenigen Menschen größer, die das geschilderte Problem als Depression eingeschätzt hatten. Das Ausmaß dieses Effekts entsprach dabei gut einer Einheit des 28-stufigen Summenwerts der sozialen Distanz (B=1,1). Diejenigen, die das Problem als Burnout bezeichnet hatten, äußerten dagegen einen eher geringeren Wunsch nach sozialer Distanz, auch wenn dieser Effekt nicht statistisch signifikant war. Unabhängig von der Krankheitsbezeichnung war ein vorheriger Kontakt zu psychisch Kranken mit geringerer, höheres Alter dagegen mit stärkerer sozialer Distanz assoziiert.

4. Wie wirkt sich die Bezeichnung einer Depression als Burnout auf die Behandlungsempfehlungen für diese Person aus?

Die Spalten 2–5 der **Tab. 1** zeigen lineare Regressionsanalysen mit den Behandlungsempfehlungen Psychiater, Hausarzt, Psychotherapie und Medikamente als abhängigen Variablen, die unabhängigen Variablen sind unverändert.

Sowohl die Bezeichnung Burnout als auch Depression waren mit einer stärkeren Empfehlung des Psychiaters für die Behandlung des Problems assoziiert. Allerdings war der Effekt für Depression (B=0,65) stärker als für Burnout (B=0,29). Auf der 5-stufigen Skala der abhängigen Variablen war die Bezeichnung Depression also im Mittel mit einer um 0,65 Einheiten, die Bezeichnung Burnout mit einer um 0,29 Einheiten stärkeren Empfehlung eines

Tab. 1 Bedürfnis nach sozialer Distanz und Behandlungsempfehlungen bei Einschätzung des geschilderten Leidens als Burnout oder Depression, lineare Regressionsanalyse, Bevölkerungsbefragung in Deutschland (n = 1193), nichtstandardisierte Regressionskoeffizienten.

Problembezeichnung	Behandlungsempfehlungen									
	soziale Distanz		Psychiater		Hausarzt		Psychotherapie		Medikamente	
	B	p	B	p	B	p	B	p	B	p
Burnout	-1,02	0,105	0,29	0,018	0,29	0,006	0,24	0,032	0,05	0,726
Depression	1,10	0,005	0,65	0,000	-0,03	0,595	0,65	0,000	0,68	0,000
Kontakt	-1,61	0,000	0,00	0,988	0,02	0,752	0,08	0,231	-0,15	0,086
Schulbildung	-0,33	0,160	-0,068	0,142	-0,05	0,239	-0,05	0,250	-0,09	0,071
Alter	0,06	0,000	0,00	0,089	0,00	0,151	-3,29	0,999	0,00	0,008
Geschlecht	0,12	0,740	0,06	0,382	-0,01	0,888	0,05	0,426	0,09	0,295
Konstante	12,70	0,000	3,39	0,000	4,16	0,000	3,67	0,000	2,50	0,000
adjustiertes R ²		0,05		0,06		0,01		0,07		0,06

Psychiaters assoziiert. Unabhängig von der Krankheitsbezeichnung hatten ein vorheriger Kontakt zu psychisch Kranken und das Alter keinen Einfluss auf die Behandlungsempfehlung.

Fast identische Werte ergaben sich für die Empfehlung einer Psychotherapie (Burnout $B=0,24$; Depression $B=0,65$). Unabhängig von der Krankheitsbezeichnung wurde eine Psychotherapie eher von jüngeren Menschen empfohlen, und von Menschen, welche schon einmal Kontakt zu psychisch Kranken hatten.

Auch die Empfehlung von Medikamenten wurde durch die Bezeichnung als Depression begünstigt ($B=0,68$), während hier kein signifikanter Effekt von Burnout messbar war. Dabei wurden unabhängig von der Krankheitsbezeichnung Medikamente weniger von denen empfohlen, die schon Kontakt zu psychisch Kranken hatten. Alter und Schulbildung hatten keinen Einfluss auf die Empfehlung von Medikamenten.

Ein anderes Bild zeigte sich lediglich hinsichtlich eines Besuchs beim Hausarzt. Dieser wurde eher von denjenigen empfohlen, die das Problem als Burnout benannten ($B=0,29$), für die Bezeichnung Depression zeigte sich kein signifikanter Effekt. Vorheriger Kontakt zu psychisch Kranken, Schulbildung und Alter hatten keinen Einfluss auf diese Empfehlung.

Diskussion

Unsere Ergebnisse zeigen, dass die von Laien gewählte Bezeichnung für das Krankheitsbild einer Depression Auswirkungen sowohl auf die soziale Akzeptanz der Betroffenen als auch auf die geäußerten Behandlungsempfehlungen für das Problem hat. Ein Labeling als Depression führt zu einer etwas stärkeren, ein Labeling als Burnout zu einer tendenziell geringeren Ablehnung der Betroffenen. Während die Krankheitsbezeichnung Depression mit stärkeren Empfehlungen von psychiatrischer, psychotherapeutischer und medikamentöser Hilfe assoziiert ist, begünstigt die Bezeichnung Burnout die Empfehlung hausärztlicher, psychiatrischer oder psychotherapeutischer Hilfe, jedoch insgesamt schwächer als dies bei der Bezeichnung Depression der Fall ist. Deutlich wurde, dass die Laiendiagnose Burnout in den letzten 10 Jahren enorm an Popularität gewonnen hat, sodass mittlerweile gut 10% der Allgemeinbevölkerung das Krankheitsbild einer Depression als Burnout bezeichnen.

Trotz der Stärken der Studie (große bevölkerungsrepräsentative Stichprobe, 2 Messzeitpunkte, Einsatz von Fallvignetten) sind auch methodisch kritische Punkte anzumerken. Da wir nur Reaktionen auf vorgegebene Fallvignetten erfasst haben, können wir keine Aussagen darüber machen, was die Allgemeinbevölkerung über die Fallvignetten hinaus unter einem Burnoutsyndrom versteht. Eine Fallvignette „Burnoutsyndrom“ wurde von uns nicht untersucht. Die von uns ebenfalls beobachtete (seltene) Benennung von Schizophrenie und Alkoholabhängigkeit als Burnout deutet auf die Heterogenität der Repräsentation von Burnout in der Allgemeinbevölkerung hin. Schließlich erlaubt die querschnittliche Analyse der Daten der Erhebung 2011 keine Rückschlüsse auf kausale Beziehungen zwischen Krankheitsbezeichnung und anderen Einstellungen, sondern beschreibt Assoziationen.

Offensichtlich führt das Label Burnout anders als das Label Depression nicht zu einer stärkeren Ablehnung der Betroffenen, obwohl es in ähnlicher Weise als Bezeichnung für ein Problem mit Krankheitswert verstanden wird. Woran mag das liegen? In den Medien wird der Begriff Burnout oft in Zusammenhang mit psychischen Problemen meist prominenter Manager oder Künstler

verwendet oder im Zusammenhang mit Überlastungen am Arbeitsplatz [17]. Hierbei wird die verminderte Leistungsfähigkeit in einen unmittelbaren Zusammenhang mit vorhergehender deutlicher Überlastung gebracht. Auf diese Weise entsteht der Eindruck einer logischen Konsequenz, aber auch einer Entschuldigung: wer zu viel arbeitet, darf dann auch erkranken. In gewisser Weise kann die Diagnose Burnout dann beinahe als Auszeichnung für besonders selbstlosen Einsatz verstanden werden. Häufig wird an dieser Stelle auch betont, dass bei einem Künstler die Fans oder bei einem Manager der Vorstand die derzeitige Auszeit voll unterstützen [18]. Die hier öffentlich zugesicherte soziale Unterstützung für eine Person mit Burnout trägt möglicherweise zu der von uns gefundenen Tendenz einer geringeren sozialen Distanz bei. Außerdem wird der soziale Umgang mit den Betroffenen durch die Bezeichnung Burnout möglicherweise erleichtert, weil hier die Ursachen der Erkrankung offensichtlich und nachvollziehbar erscheinen. Gleichzeitig zeigt die erhebliche Zunahme der Nennungen von Burnout aber auch, dass der Zusammenhang zwischen Belastung und Erschöpfung, der mit dieser Diagnose hergestellt wird, in einer zunehmend als unsicher und bedrohlich wahrgenommenen Arbeitswelt für viele Menschen relevant ist [19]. Insgesamt kann vor diesem Hintergrund durchaus von einer entstigmatisierenden Wirkung einer Burnoutdiagnose gesprochen werden.

Relevant sind allerdings auch die Auswirkungen der Krankheitsbezeichnung auf die Behandlungsempfehlungen. Insgesamt führt die Bezeichnung Burnout zu einer deutlich schwächeren Empfehlung von professioneller Hilfe als die Bezeichnung Depression, obwohl der Schweregrad der in der Vignette geschilderten Depression eine professionelle Behandlung sicher rechtfertigte. Die wachsende Popularität der Laiendiagnose Burnout könnte deshalb die Inanspruchnahme professioneller Hilfe verringern. Dies ist problematisch, weil bei Depressionen ähnlich wie bei den meisten anderen psychischen Erkrankungen der Anteil der unbehandelten oder zu spät behandelten Fälle hoch ist [20]. Im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen wie Alkoholabhängigkeit oder Schizophrenie gehört eine Depression zu den weniger stigmatisierenden Erkrankungen [21], sodass der leicht entstigmatisierende Effekt der Bezeichnung Burnout sorgfältig gegen mögliche negative Effekte auf die Inanspruchnahme von Hilfe abgewogen werden muss.

In diesem Zusammenhang ist es jedoch wichtig, die Perspektive unserer Untersuchung zu berücksichtigen, in der die Benennung eines Problems und die Empfehlung von Hilfe für eine andere Person untersucht wurde. Aus einer subjektiven Perspektive ist denkbar, dass es für Hilfesuchende leichter ist, eine Burnoutdiagnose zu hören und zu akzeptieren als die Diagnose einer Depression [22]. Es besteht die Möglichkeit, dass Betroffene eher bereit sind, die Diagnose Burnout öffentlich zu machen und dadurch eher motiviert sind, sich Hilfe zu suchen. Dem geringen positiven Effekt der Krankheitsbezeichnung Burnout auf das öffentliche Stigma könnte ein wesentlich größerer positiver Effekt auf die Selbststigmatisierung gegenüberstehen.

Schließlich sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass es, wie eingangs beschrieben, auch ein originäres Krankheitsbild Burnout (ICD-10: Z 73) gibt, das sich in seinen diagnostischen Kriterien von einer Depression unterscheidet [23]. Unsere Untersuchung weist darauf hin, dass diese nosologische Unterscheidung in der Allgemeinbevölkerung wenig bekannt ist. Es ist davon auszugehen, dass die korrekte Diagnose Burnout im Verständnis der Allgemeinbevölkerung weiter an Präzision verliert, wenn auch depressive Zustände zunehmend als Burnout bezeichnet werden.



Zusammengefasst zeigt unsere Untersuchung, dass die Wahl der Krankheitsbezeichnung deutliche Einflüsse auf die Ablehnung der Betroffenen und auf die Behandlungsempfehlungen der Öffentlichkeit hat. Die Bezeichnung Burnout für eine depressive Störung weist dabei leichte Vorteile hinsichtlich der Stigmatisierung, jedoch auch deutliche Nachteile hinsichtlich der Empfehlung professioneller Hilfe auf. Ein Wechsel der Bezeichnung scheint insbesondere in Anbetracht der großen Zahl unbehandelter Menschen mit Depression keine gute Lösung zu sein.

Konsequenzen für Klinik und Praxis

- ▶ In der Allgemeinbevölkerung wird zunehmend die Bezeichnung Burnout für eine depressive Episode verwendet. Dies ist mit einer etwas geringeren Stigmatisierung der Betroffenen verbunden.
- ▶ Die Bezeichnung Burnout ist aber auch mit einer weniger starken Empfehlung von professioneller Hilfe assoziiert.
- ▶ Angesichts der großen Behandlungslücke bei depressiven Störungen und angesichts des vergleichsweise geringen Stigmas der Depression ist eine Verwendung der Bezeichnung „Burnout“ deshalb kritisch zu sehen.

Danksagung

Die Studie wurde von der Fritz-Thyssen-Stiftung finanziert.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Abstract

Calling it “Burnout” Instead of “Depression” – A Strategy to Avoid Stigma?

Objective: To find out to what extent the German public uses the term “burnout” to label a depressive episode, and to examine how this label relates to stigmatizing attitudes and treatment recommendations.

Methods: Representative population surveys in Germany 2001 (n=5025) and 2011 (n=3642), using unlabeled case vignettes of mental disorders.

Results: Labeling a depressive episode “burnout” increased from 0.3% in 2001 to 10.2% in 2011. Schizophrenia and alcohol dependence were labeled “burnout” far less frequently. Compared to the label “depression”, “burnout” was associated with less desire for social distance, but also with less recommendation of psychotherapy, medication, and seeing a psychiatrist.

Conclusion: While provoking less desire for social distance than “depression”, using the label „burnout“ carries the risk of increasing the proportion of untreated depressive episodes.

Literatur

- 1 Risch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Das Stigma psychischer Erkrankung: Konzepte, Formen und Folgen. *Psychiatr Prax* 2005; 32: 221 – 232
- 2 Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Ann Rev Sociol* 2001; 27: 363 – 385
- 3 Link BG, Yang LH, Phelan JC et al. Measuring mental illness stigma. *Schizophren Bull* 2004; 30: 511 – 541
- 4 Brohan E, Gauci D, Sartorius N et al. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: the GAMIAN-Europe study. *J Affect Disord* 2011; 129: 56 – 63
- 5 Schulze B, Angermeyer MC. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Soc Sci Med* 2003; 56: 299 – 312
- 6 Schulze B, Stuart H, Riedel-Heller SG. Das Inventar Subjektiver Stigmataerfahrungen (ISE): Ein neues Instrument zur quantitativen Erfassung subjektiver Stigmas. *Psychiatr Prax* 2009; 36: 379 – 386
- 7 Schomerus G, Auer C, Rhode D et al. Personal stigma, problem appraisal and perceived need for professional help in currently untreated depressed persons. *J Affect Disord* 2012; 139: 94 – 97
- 8 Corrigan PW, Watson AC, Barr L. The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *J Soc Clin Psychology* 2006; 25: 875 – 884
- 9 Maslach C, Schäufli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Ann Rev Psychol* 2001; 52: 397 – 422
- 10 Graubner B. ICD-10-GM 2012 Systematisches Verzeichnis: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision – German Modification Version 2012. Köln: Deutscher Ärzteverlag; 2011
- 11 Sachse R. Persönlichkeitsstörungen verstehen. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2006
- 12 Kramer B. Burnout ist eine Ausweichdiagnose. Interview mit Prof. Dr. Ulrich Hegerl (24.11.2011). Im Internet: <http://www.spiegel.de/karriere/berufsleben/volkskrankheit-burnout-ist-eine-ausweichdiagnose-a-799348.html> (Stand: 16.01.2013)
- 13 Werner G. Burnout: ein anderes Wort für Depression? Interview mit Prof. Dr. med. Klaus-Michael Braumann (April 2012). Im Internet: <http://www.uni-hamburg.de/newsletter/archiv/April-2012-Nr-37/Burnout-ein-anderes-Wort-fuer-Depression-Interview-mit-Prof-Dr-med-Klaus-Michael-Braumann.html> (Stand: 16.01.2013)
- 14 Angermeyer MC, Matschinger H, Link BG et al. Evolution of structural and individual stigma of depression in Germany over the last decade. *Soc Sci Med* [in press]
- 15 Angermeyer MC, Matschinger H, Schomerus G. Has the public taken notice of psychiatric reform? The image of psychiatric hospitals in Germany 1990-2011. *Epidemiol Psychiatr Sci* [in press]
- 16 Link BG, Cullen FT, Frank J et al. The social rejection of former mental patients – understanding why labels matter. *Am J Sociol* 1987; 92: 1461 – 1500
- 17 Meck G. Erschöpft, ausgebrannt, arbeitsmüde (08.03.2010). Im Internet: <http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/gesundheit/burnout-syndrom-erschoeft-ausgebrannt-arbeitsmuede-1953421.html> (Stand: 01.12.2012)
- 18 Erschöpfungssyndrom: Trainer Rangnick tritt zurück (22.09.2011). Im Internet: <http://www.faz.net/aktuell/sport/fussball/bundesliga/fcschalke-04-erschoepfungssyndrom-trainer-rangnick-tritt-zurueck-11340095.html> (Stand: 01.12.2012)
- 19 Riedel-Heller SG, Stengler K, Seidler A. Psychische Gesundheit und Arbeit. *Psychiatr Prax* 2012; 39: 103 – 105
- 20 Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet* 2007; 370: 841 – 850
- 21 Schomerus G, Lucht M, Holzinger A et al. The Stigma of Alcohol Dependence Compared with Other Mental Disorders: A Review of Population Studies. *Alc Alcohol* 2011; 46: 105 – 112
- 22 Zwack J, Bodenstein U, Mundle G et al. Pathogenetische und salutogenetische Aspekte der Ärztesundheit – eine qualitative Katamnese betroffener Ärzte. *Psychiatr Prax* 2012; 39: 181 – 188
- 23 Berger M, Schneller C, Maier W. Arbeit, psychische Erkrankungen und Burn-out. *Nervenarzt* 2012; 11: 1364 – 1372

Nicht ganz dasselbe: Krankheitsvorstellungen von Burnout und Depression in der Allgemeinbevölkerung

Not Quite the Same: Illness Beliefs Regarding Burnout and Depression Among the General Population

Autoren

Johannes Bahlmann^{1,2}, Georg Schomerus^{1,2}, Matthias C. Angermeyer^{3,4}

Institute

¹ Universitätsmedizin Greifswald, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

² Helios Hansekllinikum Stralsund

³ Center for Public Mental Health, Gössing am Wagram, Österreich

⁴ Dipartimento di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Cagliari, Italien

Schlüsselwörter

- Burnout
- Depression
- Stigma
- Krankheitsvorstellungen

Keywords

- burnout
- depression
- stigma
- illness beliefs

Zusammenfassung

Ziel: Herauszufinden, welche Krankheits- und Ursachenvorstellungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung mit den Begriffen Burnout und Depression verbunden sind.

Methode: Repräsentative Bevölkerungsumfrage in Deutschland 2011 unter Verwendung einer ungelabelten Fallvignette Depression.

Ergebnis: Vererbung als Ursache ist eher mit der Bezeichnung Depression, beruflicher Stress eher mit der Bezeichnung Burnout assoziiert. Einordnung der Symptome als Extremform normaler Alltagserfahrungen ist ebenfalls mit der Bezeichnung Burnout verbunden.

Schlussfolgerung: Der Burnout-Begriff ist mit spezifischen Krankheitsvorstellungen assoziiert, weist aber auch Überschneidungen mit dem Begriff Depression auf.

Einleitung

Burnout ist ein Modebegriff, welcher in vielfältiger Weise sowohl von Experten als auch von Laien verwendet wird. Gegenstand der Debatte ist dabei häufig die Frage, ob Stress und Arbeitsüberlastung zu einer Zunahme von psychischen Beschwerden führen (z. B. SPIEGEL 30/2011 „Wege aus der Burnout-Falle“). Gleichzeitig wird von psychiatrischer Seite darauf hingewiesen, dass das Krankheitsbild eines Burnouts nicht mit einer Depression identisch ist [1]. Burnout stellt im aktuellen Klassifikationssystem [2] keine anerkannte psychische Störung dar, sondern wird zu den „Problemen bei der aktuellen Lebensbewältigung“ gezählt. Tatsächlich wird in der Bevölkerung das Krankheitsbild einer Depression zunehmend als Burnout bezeichnet: während 2001 0,3% der Befragten einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage in Deutschland diese Krankheitsbezeichnung wählten, waren es 2011 schon 10,2% [3]. Dabei handelt es sich offenbar um ein kulturelles Phänomen, das nicht in allen Ländern nachweisbar ist: Vergleichende Untersuchungen in Deutschland, Österreich, Italien und Frankreich konnten zeigen, dass vor allem in den deutschsprachigen Ländern die Neigung bestand, das Symptombild einer Depression als „Burnout“ zu benennen [4].

Aktuell existieren verschiedene Definitionen des Begriffes Burnout, wobei in der vorliegenden Arbeit auf die Definition von Maslach Bezug genommen wird. Burnout wird hier dargestellt im Wortsinne als Ausgebranntsein [5]. Es beinhaltet die drei Dimensionen überwältigende Erschöpfung, Zynismus und Distanziertheit sowie ein Gefühl der Wirkungslosigkeit. Unklar ist bisher allerdings, welche Krankheitsvorstellungen in der Allgemeinbevölkerung tatsächlich mit dem Begriff Burnout assoziiert sind. Haben Menschen, die depressive Beschwerden als „Burnout“ bezeichnen, andere Vorstellungen über Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten der Krankheit als Menschen, welche die medizinisch korrekte Bezeichnung „Depression“ wählen? Ist „Burnout“ in der Alltagssprache nur ein anderes Wort für „Depression“, das möglicherweise mit weniger Ablehnung verbunden ist [6], oder verbinden sich unterschiedliche Krankheitsvorstellungen mit beiden Begriffen?

Anhand von Daten aus einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage in Deutschland wollen wir folgende Fragen untersuchen:

Welche Ursachenvorstellungen verbinden Menschen mit der Diagnose „Burnout“, und welche mit „Depression“?

Welche anderen Krankheitsvorstellungen sind mit den beiden Krankheitsbezeichnungen assoziiert? Hier interessieren uns insbesondere Vorstel-

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1387365>
 Online-Publikation: 19.12.2014
 Psychiatr Prax 2015; 42: 443–447
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0303-4259

Korrespondenzadresse

Johannes Bahlmann
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der
 Universitätsmedizin Greifswald
 am Helios Hansekllinikum
 Stralsund
 Rostocker Chaussee 70
 18437 Stralsund
 johannes.bahlmann@uni-greifswald.de

lungen zur Behandelbarkeit, zur Verantwortung der Betroffenen für ihren Zustand und die Frage, inwieweit Vorstellungen von einem Symptomkontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit mit der Bezeichnung „Burnout“ und der Bezeichnung „Depression“ assoziiert sind.

Methoden

Wir führten 2011 eine repräsentative Bevölkerungsbefragung in Deutschland mit vollständig strukturierten, persönlichen Interviews (face-to-face, paper and pencil) durch. Als Grundgesamtheit diente die deutschsprachige, in Privathaushalten lebende Bevölkerung ab einem Alter von 18 Jahren. Die Stichprobe basierte auf einer 3-stufigen Zufallsauswahl, die bereits an anderer Stelle ausführlich beschrieben wurde [7]. Insgesamt wurden 3642 Personen befragt (Ausschöpfungsquote 64,0%). Die soziodemografische Zusammensetzung der Stichprobe entsprach bis auf einen geringfügig geringeren Bildungsstand etwa der Allgemeinbevölkerung [6, 7]. Den Befragten wurde nach dem Zufallsprinzip eine Fallvignette vorgelegt, in der entweder eine Person mit Schizophrenie, Depression oder Alkoholabhängigkeit beschrieben wurde. Für die verschiedenen Vignetten ergaben sich so die folgenden Fallzahlen: Schizophrenie $n=1235$, Depression $n=1220$, Alkoholabhängigkeit $n=1187$. In der vorliegenden Arbeit wurde auf die Auswertung der Depressionsvignette fokussiert. Die Befragung wurde durch das Institut für Markt-, Meinungs- und Sozialforschung USUMA, Berlin, durchgeführt.

Interview

In der Vignette wurde eine Person mit einer depressiven Episode nach DSM-III-R beschrieben, ohne dass die Diagnose genannt wurde. Die Vignette war identisch zu einer Fallbeschreibung, die bereits in Befragungen 1990 und 2001 verwendet wurde, der genaue Text findet sich in **Box 1**.

Nach der Vorstellung der Vignette wurde den Befragten die offene Frage gestellt: „Wie würden Sie den Zustand, in dem sich die-

ser Mensch befindet, bezeichnen? Was meinen Sie, was dieser Mensch hat?“ Die Antworten wurden vom Interviewer wörtlich notiert und später einem induktiv entwickelten Kategoriensystem zugeordnet, das schon in einer früheren Umfrage Verwendung gefunden hatte [3, 6]. Anlässlich der aktuellen Umfrage wurde das Kategoriensystem um die Kategorie „Burnout“ ergänzt, diese Kategorie schloss alle Nennungen und Formen des Fremdworts „Burnout“ ein. Die Anzahl der verwendeten Krankheitsbezeichnungen war nicht begrenzt, insgesamt nannten die Befragten bis zu fünf verschiedene Bezeichnungen. Weitere für unsere Auswertungen verwendete Kategorien waren „Depression/depressiv“, und eine Restkategorie für alle anderen gewählten Krankheitsbezeichnungen. Im Anschluss an die offene Frage wurde eine Reihe von geschlossenen, auf die Vignette bezogenen Fragen gestellt. Aufgrund der Möglichkeit von Mehrfachnennungen sind die Kategorien Burnout und Depression nicht exklusiv. Von 1220 Befragten nannten insgesamt 124 (10,2%) Burnout und 759 (62,2%) Depression, wobei 37 (3%) sowohl Burnout als auch Depression als Bezeichnung für das geschilderte Problem wählten. 300 Probanden (24,6%) nannten weder Burnout noch Depression.

Für die vorliegende Arbeit untersuchten wir Ursachenzuschreibungen und weitere Krankheitsannahmen der Befragten in Bezug auf die vorgelegte Fallvignette. Verschiedene mögliche Ursachen sollten von den Respondenten hinsichtlich ihrer Relevanz für das geschilderte Problem bewertet werden. Die Liste von Ursachen umfasste biologische Ursachen (Gehirnerkrankung, Vererbung, Stoffwechselstörung), aktuelle Stressoren (Stress in der Partnerschaft, berufliche Belastungen, belastende Lebensereignisse wie den Verlust eines nahestehenden Menschen) sowie negative Ereignisse in der Kindheit (lieblose Behandlung im Elternhaus, aufgewachsen in zerrütteten Familienverhältnissen, sexueller Missbrauch in der Kindheit). Die Antworten wurden mithilfe fünfstufiger Likert-Skalen mit den Ankern „ist ganz sicher eine Ursache“ = 1 und „ist ganz sicher keine Ursache“ = 5 gegeben. Für unsere Analysen wurden die Antwortscores invertiert, sodass hohe Werte einer stärkeren Ursachenzuschreibung entsprechen.

Bei den Vorstellungen zu Behandelbarkeit und Verantwortung für den Zustand wurde danach gefragt, ob die Respondenten annehmen, dass die betreffende Person selbst an ihrem Zustand schuld ist, dass die Person nie in der Lage sein wird, einer geregelten Arbeit nachzukommen, dass die Person sich nur zusammenreißen muss, damit es ihr wieder besser geht, und dass sich der Zustand der Person unter einer Behandlung deutlich bessert. Schließlich erfragten wir die Zustimmung zu Kontinuitätsvorstellungen, also zu der Sichtweise, dass psychische Gesundheit und psychische Krankheit lediglich zwei Pole eines Kontinuums zunehmender Symptomschwere sind (im Gegensatz zu einer dichotomen, kategorialen Unterscheidung zwischen gesund und krank). Zustimmung zu Kontinuitätsvorstellungen ist mit mehr Mitleid und größerer Hilfsbereitschaft den Betroffenen gegenüber sowie mit geringerer Ablehnung assoziiert [8]. Wir haben Kontinuitätsvorstellungen mit der Zustimmung zu der Aussage „Im Grunde geht es uns allen manchmal so wie der Person, es ist nur eine Frage, wie ausgeprägt der Zustand ist“ gemessen. Antworten wurden wieder mithilfe 5-stufiger Likert-Skalen mit den Ankern „trifft sicher zu“ = 1 und „trifft sicher nicht zu“ = 5 gegeben. Für unsere Analysen wurden auch diese Antwortscores invertiert, sodass hohe Werte einer hohen Zustimmung entsprechen.

Box 1 Fallvignette Depression

Zusatzkarte D1

Stellen Sie sich bitte vor, Sie erfahren über eine Bekannte, mit der Sie seit einigen Jahren gelegentlich etwas in der Freizeit unternehmen, folgendes:

Innerhalb der letzten beiden Monate hat sich Ihre Bekannte in ihrem Wesen sehr verändert. Im Gegensatz zu früher ist sie niedergeschlagen und traurig, ohne dass sie dafür einen konkreten Grund angeben kann. Sie wirkt ernst-bekümmert. Es gibt nichts mehr, über das sie lachen kann. Sie redet kaum noch und wenn sie etwas sagt, dann spricht sie mit leiser Stimme über die Sorgen, die sie sich über die Zukunft macht. Ihre Bekannte fühlt sich zu nichts nutze, hat den Eindruck, alles falsch zu machen. Versuche, sie aufzuheitern, sind ohne Erfolg. Sie hat zu nichts mehr Lust, nichts interessiert sie mehr. Sie klagt darüber, ständig schon mitten in der Nacht aufzuwachen und dann nicht mehr einschlafen zu können. Bereits am Morgen fühlt sie sich schlapp und ohne Energie. Sie sagt, sie könne sich auf ihre Arbeit nur sehr schlecht konzentrieren. Im Unterschied zu früher braucht sie zu allem sehr lang. Ihr Arbeitspensum schafft sie kaum noch. Sie wurde deshalb bereits zu ihrem Vorgesetzten zitiert.

Tab. 1 Prädiktoren der Verwendung der Krankheitsbezeichnungen „Burnout“ und „Depression“ für eine depressive Episode. Logistische Regressionsanalysen, repräsentative Bevölkerungsumfrage in Deutschland 2011.

	Modell 1 „Burnout“ vs. alle anderen Krankheitsbezeichnungen n = 1185		Modell 2 „Depression“ vs. alle anderen Krankheitsbezeichnungen n = 1185		Modell 3 „Burnout“ vs. „Depression“ n = 782	
	Odds Ratio	(95%-KI)	Odds Ratio	(95%-KI)	Odds Ratio	(95%-KI)
Ursachen: biologisch						
Erkrankung des Gehirns	1,095	(0,884 – 1,357)	1,024	(0,895 – 1,171)	1,170	(0,884 – 1,548)
Vererbung	0,758	(0,619 – 0,928)**	1,286	(1,132 – 1,460)***	0,548	(0,415 – 0,723)***
Stoffwechselstörung im Gehirn	0,909	(0,730 – 1,130)	1,044	(0,908 – 1,201)	0,876	(0,657 – 1,167)
Ursachen: Stress						
Belastungen und Sorgen in Partnerschaft und Familie	0,951	(0,765 – 1,181)	1,029	(0,889 – 1,191)	1,003	(0,746 – 1,349)
Schock durch einschneidendes Lebensereignis, wie den Verlust eines Menschen, der einem nahe stand	0,912	(0,739 – 1,126)	1,157	(1,002 – 1,337)*	0,773	(0,590 – 1,013)
berufliche Belastungen und Sorgen	1,561	(1,207 – 2,018)***	0,888	(0,768 – 1,026)	1,541	(1,123 – 2,115)**
Ursachen: Belastungen in der Kindheit						
Aufgewachsen in zerrütteten Familienverhältnissen	0,872	(0,700 – 1,086)	1,042	(0,910 – 1,194)	0,829	(0,616 – 1,116)
Lieblose Behandlung im Elternhaus oder zu strenge Erziehung	0,844	(0,673 – 1,058)	1,269	(1,098 – 1,466)***	0,762	(0,568 – 1,023)
sexueller Missbrauch in der Kindheit	1,255	(1,009 – 1,562)*	0,954	(0,829 – 1,098)	1,156	(0,860 – 1,554)
andere Krankheitsvorstellungen						
die Person ist selbst an ihrem Zustand schuld	1,093	(0,889 – 1,345)	0,805	(0,703 – 0,922)**	1,307	(0,995 – 1,718)
die Person muss sich nur zusammenreißen, damit es ihr wieder besser geht	0,894	(0,739 – 1,081)	0,935	(0,826 – 1,058)	0,938	(0,733 – 1,200)
die Person wird nie in der Lage sein einer geregelten Arbeit nachzukommen	1,052	(0,853 – 1,298)	1,075	(0,939 – 1,231)	1,123	(0,869 – 1,452)
unter Behandlung wird sich der Zustand deutlich bessern	0,868	(0,745 – 1,012)	0,927	(0,840 – 1,023)	0,829	(0,677 – 1,014)
im Grunde geht es uns allen manchmal so wie dieser Person. Es ist nur eine Frage wie ausgeprägt der Zustand ist.	1,077	(0,902 – 1,287)	0,917	(0,816 – 1,031)	1,306	(1,028 – 1,658)*
soziodemografische Merkmale						
Alter (Jahre)	0,993	(0,981 – 1,005)	0,990	(0,982 – 0,998)*	0,997	(0,981 – 1,013)
Geschlecht (1 = weiblich)	0,951	(0,643 – 1,407)	1,051	(0,818 – 1,349)	0,914	(0,552 – 1,513)
Bildung (Ref. = Hauptschule und geringer)						
mittlere Reife	1,283	(0,798 – 2,063)	0,912	(0,679 – 1,225)	1,096	(0,606 – 1,982)
(Fach)hochschulreife	1,838	(1,065 – 3,172)*	0,896	(0,616 – 1,303)	1,379	(0,669 – 2,842)
Pseudo R ²	0,07		0,08		0,17	

* p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

Statistische Analyse

Wir untersuchten die Korrelate der Krankheitsbezeichnungen „Burnout“ und „Depression“ mit insgesamt drei multivariaten logistischen Regressionsanalysen. Unabhängige Variablen waren jeweils die verschiedenen Ursachen- und Krankheitsvorstellungen, als mögliche konfundierende Variablen verwendeten wir in allen Analysen Alter, Dauer der Schulbildung und Geschlecht. Als abhängige Variablen verwendeten wir drei Dummy-Variablen, die wir aus den offenen Nennungen der Problembezeichnung bildeten: Nennung von „Burnout“ (=1) versus alle anderen Krankheitsbezeichnungen (=0, Modell 1); Nennung von „Depression“ (=1) versus alle anderen Krankheitsbezeichnungen (=0, Modell 2); Nennung von „Burnout“ (=1) versus Nennung von „Depression“ (=0, Modell 3). In diese letzte Analyse gingen nur diejenigen Fälle ein, die entweder Burnout oder Depression angegeben hatten. Nennungen von beiden Krankheitsbezeichnungen (n=37) oder von keiner der beiden Bezeichnungen (n=300) blieben unberücksichtigt. Auf diese Weise können wir die Einstellungskorrelate beider Laiendiagnosen für sich genommen (Modelle 1 und 2) und potenzielle Unterschiede zwischen beiden (Modell 3) abbilden. Angegeben sind jeweils die Odds Ratios (OR). Diese

zeigen für jede der Krankheitsursachen und -vorstellungen an, um welchen Faktor sich die Wahrscheinlichkeit einer Nennung von „Burnout“ bzw. „Depression“ verändert, wenn dieser Krankheitsursache und -vorstellung um eine Einheit auf der Likert-Skala stärker zugestimmt wird.

Ergebnisse

▼ **Tab. 1** zeigt die Ergebnisse der drei logistischen Regressionsanalysen. Die Vorstellung, dass das Problem durch berufliche Belastungen verursacht wurde, war mit einer größeren Wahrscheinlichkeit assoziiert, das Problem Burnout zu nennen. Ähnliches gilt für die Vorstellung, das Problem sei auf sexuellen Missbrauch in der Kindheit zurückzuführen. Auch ein höherer Bildungsgrad begünstigte die Verwendung des Labels Burnout. Dagegen war die Vorstellung, das Problem sei erblich bedingt, mit einer selteneren Nennung von Burnout assoziiert (Modell 1). Prädiktoren der Nennung von Depression (Modell 2) waren die Vorstellung, das Problem sei vererbt, es gehe auf eine lieblose Behandlung im Elternhaus zurück und es sei durch ein akutes „Life-

event“ ausgelöst. Höheres Alter und Schuldzuschreibungen waren dagegen mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit assoziiert, das Problem als Depression zu bezeichnen.

Im direkten Vergleich der beiden Krankheitsbezeichnungen zeigten sich drei signifikante Unterschiede: Im Gegensatz zur Depression war die Bezeichnung Burnout weniger mit der Vorstellung assoziiert, das Problem sei erblich, dafür stärker mit der Vorstellung, es gehe auf berufliche Belastungen zurück. Kontinuitätsvorstellungen („es geht uns allen manchmal so wie dieser Person, es ist nur eine Frage wie ausgeprägt der Zustand ist“) waren mit einer höheren Wahrscheinlichkeit assoziiert, das Problem Burnout und nicht Depression zu nennen.

Insgesamt erklärten die so erstellten Regressionsmodelle 7–17% der Varianz der Krankheitsbezeichnungen (Pseudo R²).

Diskussion

Unsere Ergebnisse zeigen, dass die spontan gewählten Bezeichnungen „Depression“ bzw. „Burnout“ für eine depressive Episode in der Allgemeinbevölkerung mit jeweils unterschiedlichen Vorstellungen von dem zugrunde liegenden Problem assoziiert sind. Im direkten Vergleich der beiden Bezeichnungen treten vor allem drei Unterschiede hervor: Eine Depression wird eher als vererbt angesehen als ein Burnout, während ein Burnout eher mit beruflichen Belastungen in Beziehung gebracht wird. Personen, die das in der Vignette geschilderte Problem als Extremform einer durchaus normalen Erfahrung betrachten, tendierten zur Bezeichnung „Burnout“ und nicht zur „Depression“.

Wichtig für die Interpretation der Ergebnisse sind die Limitierungen der Studie. Es wurde nicht direkt gefragt, was Menschen sich unter einem „Burnout“ vorstellen. Stattdessen wurden die Krankheitsvorstellungen von Menschen untersucht, die die Schilderung einer depressiven Episode als „Burnout“ oder als „Depression“ bezeichnet hatten. Eine Untersuchung zur sozialen Repräsentation [9] von Burnout steht noch aus. Eine weitere Limitierung betrifft den korrelationalen Charakter unserer Untersuchung, der keinen Rückschluss auf kausale Zusammenhänge erlaubt. Wir können nicht unterscheiden, ob bestimmte Krankheitsvorstellungen die Verwendung der Bezeichnung Burnout begünstigen, oder ob umgekehrt die Verwendung von „Burnout“ erst bestimmte Krankheitsvorstellungen evoziert. So wäre es methodisch möglich gewesen, beispielsweise Ursachenzuschreibungen als abhängige Variable und die Verwendung der Krankheitsbezeichnungen als Prädiktoren einzusetzen. Schließlich erklären die von uns untersuchten Krankheitsvorstellungen nur einen kleinen Teil der Varianz der Verwendung der beiden untersuchten Begriffe in den Modellen, in denen die Verwendung einer der beiden Krankheitsbezeichnungen verglichen mit allen anderen Krankheitsbezeichnungen prädiziert wird. Das kann als Hinweis darauf gelten, dass sich die Vorstellungen zu beiden Begriffen mit den Vorstellungen bei anderen, umgangssprachlichen Krankheitsbezeichnungen überschneiden. Die erklärte Varianz ist aber deutlich größer, wenn es darum geht, in der entsprechenden Subgruppe die alternative Verwendung von entweder Burnout oder Depression vorherzusagen, was ein Hinweis darauf ist, dass es sich im direkten Vergleich tatsächlich um unterschiedliche Krankheitsvorstellungen handelt.

Unsere Ergebnisse zeigen, dass mit dem Begriff „Burnout“ durchaus spezifische Krankheitsvorstellungen assoziiert sind. Die unterschiedlichen Assoziationsmuster der Krankheitsbezeichnungen „Burnout“ und „Depression“ mit den Ursachen- und Krank-

heitsvorstellungen sprechen unseres Erachtens nicht dafür, dass „Burnout“ lediglich als eine leichtere Form der Depression angesehen wird. Vielmehr unterstützen unsere Befunde die Vermutung, dass zumindest ein Teil der Bevölkerung den Begriff „Burnout“ speziell für einen depressiven Zustand verwendet, der durch berufliche Überlastung entstanden ist, der weniger durch Vererbung erklärbar ist und der eher mit „normalpsychologischen“ Zuständen vergleichbar ist.

Die Ergebnisse zeigen damit aber auch, dass die Bedeutung des Begriffs „Burnout“ im Sprachgebrauch der Bevölkerung erweitert wurde. Ursprünglich war der Begriff bei Freudenberger [10] und Maslach [11] auf Zusammenhänge mit dem Arbeitsleben bezogen und klar von einer Depression abgegrenzt. Im Sprachgebrauch der Allgemeinbevölkerung ist der Begriff nun offenbar um die Bezeichnung krankhafter, depressiver Zustände mit einem direkten Bezug zum Arbeitsleben erweitert worden.

Insgesamt ist der Bekanntheitsgrad des Begriffs in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Eine Suche in „Google news“ im Dezember 2013 nach Presseartikeln mit dem Stichwort „Burnout“ ergab allein für deutschsprachige Seiten für den Zeitraum eines Monats fast 3000 Treffer. Dabei sind vermutlich mehrere, auch kulturelle Faktoren für diesen „Boom“ einer Krankheitsbezeichnung in Deutschland verantwortlich, die in anderen Ländern wie Italien oder Frankreich kaum verwendet wird, wie ein Vergleich verschiedener internationaler Umfragen jüngst zeigte [4]. Zum einen könnte die Tatsache, dass der Begriff als weniger stigmatisierend wahrgenommen wird als die Diagnose Depression dazu führen, dass er im Kontext von Krankschreibungen oder persönlichen Krankheitsberichten von Betroffenen häufiger verwendet wird [3]. Zum anderen stellt der Begriff eine unmittelbare Verbindung zwischen dem Krankheitserleben des Einzelnen und einer zunehmend als verunsichernd und fordernd erlebten Arbeitsumwelt her. Der Begriff passt damit in eine populäre Sichtweise der Gegenwart, die den Einzelnen mehr oder weniger hilflos übermächtigen Kräften in der Arbeitswelt ausgeliefert sieht [12]. Auf diese Weise werden depressive Symptome in zunehmendem Maße als Burnout, und weniger als Zeichen einer depressiven Erkrankung eingeordnet. Diese Entwicklung sollte durchaus kritisch betrachtet werden. Mit der Abgrenzung eines neu definierten Burnout-Syndroms von der Depression könnte auch die Ausgrenzung der „endogen“ depressiv Erkrankten zunehmen. Wie in einer Vorarbeit schon gezeigt wurde [3], hilft die Benutzung der Begrifflichkeit Burnout eine Stigmatisierung der betreffenden Personen zu reduzieren, aber möglicherweise wird dadurch die Stigmatisierung derjenigen größer, die depressiv geworden sind, obwohl sie zuvor keine beruflichen Höchstleistungen erbracht haben.

Konsequenzen für Klinik und Praxis

- ▶ in der Allgemeinbevölkerung sind mit den Bezeichnungen *Burnout* und *Depression* für eine depressive Episode unterschiedliche Vorstellungen verbunden
- ▶ eine Depression wird eher als vererbt, ein Burnout wird eher mit beruflichen Belastungen in Verbindung gebracht
- ▶ im Sprachgebrauch der Allgemeinbevölkerung ist der Begriff des Burnouts um krankhafte, depressive Zustände mit Bezug zum Arbeitsleben erweitert worden

Danksagung

Die Studie wurde mit der Fritz-Thyssen-Stiftung finanziert.

Interessenkonflikt



Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Abstract

Not Quite the Same: Illness Beliefs Regarding Burnout and Depression Among the General Population



Objective: This study examined illness beliefs of the lay public associated with the diagnostic labels burnout and depression.

Methods: Representative population survey in Germany 2011, using unlabelled case vignettes of a person suffering from depression. Following presentation of the vignette, respondents were asked openly how they would call the problem described. Agreement with various illness beliefs was elicited with Likert-scaled items.

Results: Seeing the problem as inherited predicted use of the label depression (OR 1.29, $p < 0.001$), while stress at work as a perceived cause was associated with use of the label burnout (OR 1.56, $p < 0.001$). Belief that the problem described resembled everyday experiences (belief in a symptom continuum) also predicted using the label burnout instead of depression (OR 1.31, $p < 0.05$).

Conclusion: Although overlapping with beliefs about depression, the diagnostic label burnout is also associated with specific illness beliefs among the general public.

Literatur

- Berger M, Schneller C, Maier W. Arbeit, psychische Erkrankungen und Burn-out. *Nervenarzt* 2012; 11: 1364–1372
- Graubner B. ICD-10-GM 2012 Systematisches Verzeichnis: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision – German Modifikation Version 2012. Köln: Deutscher Ärzteverlag; 2011
- Bahlmann J, Schomerus G, Angermeyer MC. „Burnout“ statt „Depression“ – eine Strategie zur Vermeidung von Stigma? *Psychiatr Prax* 2013; 40: 78–82
- Angermeyer MC, Schomerus G, Carta MG et al. Burnout: Ein deutsches Phänomen? *Psychiatr Prax* 2013; 40: 425–429
- Maslach C, Schäuffli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Ann Rev Psychol* 2001; 52: 397–422
- Angermeyer MC, Matschinger H, Link BG et al. Public attitudes regarding individual and structural discrimination: two sides of the same coin? *Soc Sci Med* [in press]
- Angermeyer MC, Matschinger H, Schomerus G. Has the public taken notice of psychiatric reform? The image of psychiatric hospitals in Germany 1990–2011. *Epidemiol Psychiatr Sci* [in press]
- Schomerus G, Matschinger H, Angermeyer MC. Continuum beliefs and stigmatizing attitudes towards persons with schizophrenia, depression and alcohol dependence. *Psychiatry Res* 2013; 209: 665–669
- Moscovici S. Notes towards a description of Social Representations. *Eur J Soc Psychol* 1988; 18: 211–250
- Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. *J Soc Iss* 1974; 30: 159–165
- Maslach C. Burned-out. *Human Behavior* 1976; 5: 16–22
- Grabitz I, Wisdorff F. 1800 Prozent mehr Krankheitstage durch Burn-out (27.01.2013). Im Internet: <http://www.welt.de/wirtschaft/article/113159916/1800-Prozent-mehr-Krankentage-durch-Burn-out.html> (Stand: 20.12.2013)





Macht Burnout Menschen ärgerlicher als Depression?

Unterschiede in den emotionalen Reaktionen auf psychische Probleme in der Allgemeinbevölkerung

Johannes Bahlmann^{1,2}, Georg Schomerus^{1,2}, Matthias C. Angermeyer^{3,4} und Harald J. Freyberger^{1,2}

¹Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Greifswald

²HELIOS Hansekllinikum Stralsund

³Center for Public Mental Health, Gössing am Wagram, Österreich

⁴Dipartimento di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Cagliari, Italien

Zusammenfassung: Das Ziel der vorliegenden Analyse war es, herauszufinden welche emotionalen Reaktionen mit einer Fallvignette Depression und deren Einschätzung als Burnout oder Depression verbunden sind. Datengrundlage war eine Bevölkerungsumfrage in Deutschland aus dem Jahr 2011. Die Bezeichnung einer Depression als Depression war mit stärkerer Angst und Unbehagen, jedoch mit weniger Unverständnis verbunden. Die Bezeichnung als Burnout war mit einem stärkeren Bedürfnis zu helfen sowie mit weniger Verunsicherung, Genervtsein und Unverständnis verbunden. Weiterhin ergaben die Analysen, dass es bei Erwerbstätigen zu größerer Verunsicherung führt, wenn sie das Problem Depression, und zu größerem Mitleid führt, wenn sie das Problem Burnout genannt haben. Insgesamt zeigt die vorliegende Arbeit, dass die emotionalen Reaktionen eher positiver sind, wenn das Problem Burnout genannt wird und eher negativer sind, wenn es Depression genannt wird. Wir diskutieren mögliche Ursachen für diese Unterschiede.

Schlüsselwörter: Burnout, Depression, Emotion, Reaktion

Does burnout evoke more anger than depression? Differences in emotional reactions to mental health problems in the General Population

Abstract: Our aim is to determine whether emotional reactions to a case vignette depicting a person with depression differ depending on whether respondents call the condition 'burnout' or 'depression'. Our analyses are based on a representative population survey in Germany in 2011. Calling the problem 'depression' was associated with stronger fear and embarrassment, but also with less incomprehension. Calling the problem 'burnout' was associated with feeling more need to help the person, less uncertainty, less annoyance and less incomprehension. If respondents were employed, calling the problem 'depression' was associated with more insecurity, while calling the problem 'burnout' was associated with greater compassion. Overall, our study shows that emotional reactions are more positive when the problem is called burnout and are more negative when it is called depression. We discuss potential reasons for these differences.

Keywords: burnout, depression, emotion, reaction

Einleitung

Diese Arbeit untersucht emotionale Reaktionen von Personen in der Allgemeinbevölkerung, denen eine Fallbeschreibung einer Person mit Depression vorgelegt wurde, ohne dass dabei die Diagnose genannt wurde. Uns interessiert, ob sich emotionale Reaktionen auf dieselbe Fallbeschreibung unterscheiden, je nachdem wie ein Proband das dargestellte Problem bezeichnet, also laendiagnostisch einordnet. Dabei schauen wir insbesondere auf die

Einordnung eines depressiven Syndroms als Burnout im Gegensatz zur Einordnung als Depression.

Die Wahrnehmung von Affekten und Gefühlen spielt in therapeutischen Kontexten eine zentrale Rolle. In der Verhaltenstherapie werden die in psychotherapeutischen Kontexten auftretenden interpersonellen Affekte spätestens seit der sog. «emotionalen Wende» der neunziger Jahre (Görlitz, 2000) stärker berücksichtigt. In der Psychoanalyse bzw. der psychodynamischen Psychotherapie wurde bei sog. Übertragungsphänomenen bereits länger

davon ausgegangen, dass vom Patienten auf der unbewussten oder vorbewussten Ebene biographisch weit zurückliegende, mit alten zentralen Beziehungserfahrungen verknüpfte Affekte auf den Therapeuten übertragen werden (Krause, 1982), so dass dieser in seiner affektbezogenen Gegenübertragung in Positionen gerät, die die zurückliegenden interpersonellen Konfliktmuster repräsentieren. In der Therapie nimmt daher die Gegenübertragungsanalyse einen wichtigen Platz ein, in dem diese Muster interpretiert und damit dem bewussten Erleben des Patienten zugänglich gemacht werden. Wie insbesondere die Ergebnisse der interpersonellen Forschung nahelegen (vgl. z. B. die Beziehungsschule der OPD; Arbeitskreis OPD, 2006), kann davon ausgegangen werden, dass diese Prozesse in vergleichbarer Weise auch in alltäglichen Interaktionen eine zentrale Rolle spielen.

Stigmatisierung wird als ein Prozess von aufeinander bezogenen Schritten, wie Labeling und Abgrenzung, beschrieben (Link & Phelan, 2001; Link, Yang, Phelan & Collins, 2004). Der Prozess der Abgrenzung ist mit negativen emotionalen Reaktionen bei den Betroffenen verbunden, die wiederum mit stärkerer Ablehnung der Person einhergehen. Emotionale Reaktionen als Element der Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sind schon häufig untersucht worden (Angermeyer & Dietrich, 2006; Angermeyer, Matschinger, Link & Schomerus, 2014; Rüscher, Angermeyer & Corrigan, 2005), allerdings nicht im Zusammenhang mit der Krankheitsbezeichnung Burnout. Studien zeigen, dass in der Allgemeinbevölkerung der Wunsch nach sozialer Distanz gegenüber einer depressiven Person größer ist, wenn ihr Zustand als Depression bezeichnet wird, als bei der Bezeichnung Burnout (Bahlmann, Angermeyer & Schomerus, 2013).

Unklar ist, ob die laienärztliche Einordnung eines depressiven Syndroms auch mit unterschiedlichen emotionalen Reaktionen verbunden ist. Unterscheiden sich die emotionalen Reaktionen von Menschen in Abhängigkeit davon, ob das Gegenüber in ihren Augen an einer Depression oder einem Burnout leidet? Die Laiendiagnose Burnout hat in den letzten Jahren enorm an Popularität gewonnen (Bahlmann et al., 2013). Da von einigen Experten die Burnout-Thematik als vergleichsweise geringer stigmatisierend als eine Depressionsdiagnose angesehen bzw. als subsyndromale Form einer Depression betrachtet wird (Huber & Juen, 2013; Schneider, 2013), wäre es interessant zu klären, ob Personen in der Allgemeinbevölkerung affektiv unterschiedlich auf diese beiden Kategorien reagieren.

Burnout-Diagnosen werden eher im Zusammenhang mit Überlastungen im Arbeitsalltag vergeben (Berger, Schneller & Maier, 2012) und stellen eine neue Dimension von Befindlichkeitsbeschreibungen dar, die auch im Sinne einer Medikalisierung sozialer Prozesse verstanden wer-

den kann (Schneider, 2013) – Phänomene, die ursprünglich Teil des <normalen> Alltags waren werden dabei in einen medizinischen Kontext gestellt und damit medikalisiert. Dieser Alltagsbezug von Burnout könnte zu ganz unterschiedlichen emotionalen Reaktionen führen. Einerseits kann die Symptomatik unter dem Label Burnout als positiv konnotierte Überlastung im Beruf angesehen werden («ein hoch engagierter Mitarbeiter ist ausgebrannt»), andererseits aber auch als ein Ergebnis anhaltender Missachtung der Grenzen eigener Belastbarkeit des Erkrankten, wie dies in psychotherapeutischen Kontexten häufig geschieht (Huber & Juen, 2013). Entsprechend wäre es einerseits vorstellbar, dass ein alltagsnäheres Konzept wie Burnout positive emotionale Reaktionen wie Mitleid oder Hilfsbereitschaft auslöst, andererseits könnten aber Menschen auf Burnout Erkrankungen vor dem Hintergrund der größeren persönlichen Verantwortung der Betroffenen für seinen Zustand genervter oder ärgerlicher reagieren als auf eine depressive Erkrankung. Beide Krankheitsbezeichnungen werden in der Bevölkerung größtenteils als Krankheit im medizinischen Sinne angesehen (Bahlmann et al., 2013). Insofern wird Erkrankten die Krankenrolle zugebilligt und wahrgenommene Probleme und Schwierigkeiten werden eventuell eher entschuldigt, was im Vergleich zu krankheitsferneren Problembezeichnungen zu positiveren emotionalen Bewertungen führen könnte.

Darüber hinaus wäre es denkbar, dass sich die emotionalen Reaktionen unterscheiden, je nachdem, ob sich die Befragten im Erwerbsleben befinden oder nicht. Es wäre denkbar, dass Menschen, die sich im Arbeitsprozess befinden, empathischer auf ein Problem reagieren, dass sie als Burnout bezeichnen und deshalb angesichts der eigenen Arbeitsbelastung besser nachvollziehen können.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es folgende Fragestellungen zu untersuchen:

1. Wie wirkt sich die Bezeichnung einer Depression als Burnout oder als Depression auf die emotionalen Reaktionen auf die beschriebene Person aus?
2. Unterscheidet sich der Zusammenhang zwischen Krankheitsbezeichnung und emotionalen Reaktionen in Abhängigkeit vom Erwerbsstatus?

Methoden

Wir führten 2011 eine repräsentative Bevölkerungsbefragung in Deutschland durch. Dabei wurden vollständig strukturierte, persönliche Interviews (face-to-face, paper and pencil) durchgeführt. Als Grundgesamtheit diente die deutschsprachige, in Privathaushalten lebende Bevölkerung ab einem Alter von 18 Jahren. Die Stichprobe basierte

auf einer dreistufigen Zufallsauswahl, die bereits an anderer Stelle ausführlich beschrieben wurde (Angermeyer et al., 2014). Insgesamt wurden n = 3642 Personen befragt (Ausschöpfungsquote 64.0 %). Den Befragten wurde nach dem Zufallsprinzip eine Fallvignette vorgelegt, in der entweder eine Person mit Schizophrenie, Depression oder Alkoholabhängigkeit beschrieben wurde. Für die verschiedenen Vignetten ergaben sich so die folgenden Fallzahlen: Schizophrenie n = 1235, Depression n = 1220, Alkoholabhängigkeit n = 1187. In der vorliegenden Arbeit wurde die Auswertung der Depressionsvignette fokussiert. Die soziodemographische Zusammensetzung der Stichproben entsprach weitestgehend der der Allgemeinbevölkerung (Angermeyer et al., 2014; Angermeyer et al., 2013). Die Befragung wurde durch das Institut für Markt-, Meinungs- und Sozialforschung USUMA, Berlin durchgeführt.

Interview

In der Vignette wurde eine Person mit einer depressiven Episode nach DSM-III-R beschrieben, ohne dass die Diagnose genannt wurde. Nach der Vorstellung der Vignette wurde den Befragten die offene Frage gestellt: «Wie würden Sie den Zustand, in dem sich dieser Mensch befindet, bezeichnen? Was meinen Sie, was dieser Mensch hat?» Die Antworten wurden vom Interviewer wörtlich notiert und später einem induktiv entwickelten Kategoriensystem zugeordnet, das schon in einer früheren Umfrage Verwendung gefunden hatte (Angermeyer et al., 2014; Bahlmann et al., 2013). Die Anzahl der verwendeten Krankheitsbezeichnungen war nicht begrenzt, insgesamt nannten die Befragten bis zu fünf verschiedene Bezeichnungen. Außerdem wurde das Kategoriensystem um die Kategorie «Burnout» ergänzt, diese Kategorie schloss alle Nennungen von Burnout ein. Weitere für unsere Auswertungen verwendete Kategorien waren «Depression/depressiv», und eine Restkategorie für alle anderen gewählten Krankheitsbezeichnungen. Im Anschluss an die offene Frage wurde eine Reihe von geschlossenen, auf die Vignette bezogenen Fragen gestellt. Aufgrund der Möglichkeit von Mehrfachnennungen sind die Kategorien Burnout und Depression nicht exklusiv. Von 1220 Befragten nannten insgesamt n = 124 (10,2 %) Burnout und n = 759 (62,2 %) Depression, wobei n = 37 (3 %) sowohl Burnout als auch Depression als Bezeichnung für das geschilderte Problem wählten. 300 Probanden (24,6 %) nannten weder Burnout noch Depression.

Für die vorliegende Arbeit untersuchten wir emotionale Reaktionen der Befragten in Bezug auf die vorgelegte Fallvignette. Den Respondenten wurde die Frage gestellt: «Wie würden Sie reagieren?». Als Antwortmöglichkeiten wurden «Er löst bei mir Angst aus», «Ich fühle mich unbe-

Tabelle 1. Ergebnisse der linearen Regressionsanalysen, Zusammenhänge zwischen den Problembeschreibungen Burnout und Depression und den emotionalen Reaktionen.

Problembeschreibung	Reaktionen																			
	Angst		Unbehagen		Ärger		Mitleid		Verunsicherung		Belustigung		Sympathie		Genervtheit		Hilfsbedürfnis		Unverständnis	
	B	p	B	p	B	p	B	p	B	p	B	p	B	p	B	p	B	p	B	p
Burnout	-.0291	0.808	-.1541	0.219	-.1227	0.231	.0867	0.382	-.2866	0.013	-.0739	0.308	.0193	0.857	-.2936	0.004	.2636	0.009	-.3820	0.000
Depression	.1548	0.038	.2114	0.007	.0127	0.842	.0540	0.381	.0903	0.207	-.0357	0.429	.0410	0.539	-.1005	0.113	.0517	0.410	-.1760	0.010
Bildung	.0742	0.147	.0387	0.469	.0248	0.570	-.0143	0.735	.1071	0.029	.0729	0.019	-.1248	0.006	.0518	0.234	-.1393	0.001	.1498	0.001
Alter	-.0018	0.407	-.0008	0.722	.0000	0.965	-.0008	0.644	.0024	0.247	.0029	0.029	-.0014	0.458	.0030	0.103	-.0008	0.667	.0030	0.121
Geschlecht	-.1120	0.113	.0076	0.919	.0401	0.506	-.1478	0.011	-.0186	0.783	-.0013	0.975	-.2206	0.000	.0083	0.890	-.2750	0.000	.0061	0.924
Konstante	2.159	0.000	2.548	0.000	1.886	0.000	3.594	0.000	2.713	0.000	1.621	0.000	2.548	0.000	2.311	0.000	3.333	0.000	2.658	0.000
Adjustiertes R ²	0.005		0.005		-0.002		0.002		0.008		0.003		0.012		0.006		0.028		0.018	

haglich», «Ich reagiere ärgerlich», »Ich verspüre Mitleid mit ihm», «Ich fühle mich durch ihn verunsichert», «Mich belustigt so etwas», «Ich verspüre für ihn Sympathie», «Ich fühle mich durch ihn «genervt», «Ich verspüre das Bedürfnis, ihm zu helfen» und «Er löst bei mir Unverständnis aus» vorgegeben. Die Antworten wurden mit Hilfe einer 5-stufigen Likert-Skala, mit den Ankern «trifft voll und ganz zu» = 1 und «trifft überhaupt nicht zu» = 5 gegeben. Für unsere Analysen wurden die Antwortscores invertiert, so dass hohe Werte einer starken Zustimmung entsprechen. Als potentielle Einflussgrößen wurden die soziodemographischen Variablen erhoben.

Statistische Analyse

Wir führten lineare Regressionsanalysen durch (Tabelle 1). Die verschiedenen emotionalen Reaktionen verwendeten wir als abhängige Variablen (Angst, Unbehagen, Ärger, Mitleid, Verunsicherung, Belustigung, Sympathie, Genervtheit, Bedürfnis zu helfen und Unverständnis). Als unabhängige Variablen verwendeten wir zwei Dummy-codierte Variablen für die Nennung von Burnout (1 = ja) und Depression (1 = ja) als Krankheitsbezeichnung. Darüber hinaus schlossen wir die potentiell konfundierenden Variablen Bildung, Alter und Geschlecht in die Analyse ein. Angegeben sind die nicht-standardisierten Regressionskoeffizienten (B). Diese zeigen an, um welchen Betrag sich die abhängige Variable bei der Nennung von Burnout oder von Depression verändert.

Weiterhin berechneten wir in linearen Regressionen (Tabelle 2) jeweils die Haupteffekte der Faktoren Burnout und Erwerbsstatus auf die jeweilige Emotion sowie die Interaktionen zwischen der Nennung von Burnout oder Depression und des Erwerbsstatus. Die verschiedenen emotionalen Reaktionen verwendeten wir als abhängige Variablen. Als unabhängige Variablen verwendeten wir die Dummy-codierten Variablen für Burnout und Depression, sowie die dichotomisierte Variable Erwerbsstatus.

Ergebnisse

1. Wie wirkt sich die Bezeichnung einer Depression als Burnout auf die Reaktionen aus?

Die Spalten 2 bis 11 der Tabelle 1 zeigen lineare Regressionsanalysen mit den emotionalen Reaktionen und den Dummy-codierten Variablen für die Nennung von Burnout und Depression. Die Bezeichnung des Problems als Burnout war signifikant mit stärkerem Bedürfnis zu helfen, sowie mit weniger Verunsicherung, Genervtsein und Unverständnis verbunden. Die Bezeichnung des Problems

Tabelle 2. Ergebnisse der linearen Regressionsanalysen, Berechnung der Haupteffekte von Burnout/Depression und des Erwerbsstatus auf, und der Interaktionen zwischen der Nennung von Burnout/Depression und den emotionalen Reaktionen.

	Reaktionen																					
	Angst		Unbehagen		Ärger		Mitleid		Verunsicherung		Belustigung		Sympathie		Genervtheit		Hilfsbedürfnis		Unverständnis			
	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P		
Burnout																						
Burnout	0.133	0.348	0.251	0.091	0.127	0.285	0.634	0.556	0.556	0.634	0.298	0.028	0.797	0.351	-0.075	0.554	0.362	0.003	-0.265	0.028	0.377	0.004
Erwerbsstatus	-0.016	0.832	0.054	0.499	-0.013	0.843	0.017	0.783	0.041	0.582	0.067	0.148	-0.025	0.720	0.100	0.124	0.100	0.124	0.064	0.330	0.000	0.995
Interaktionen	-0.111	0.661	-0.070	0.790	0.081	0.701	-0.426	0.042	0.095	0.694	0.044	0.773	0.127	0.576	-0.287	0.181	-0.074	0.732	-0.049	0.832	-0.049	0.832
Konstante	3.72	0.000	3.33	0.000	4.18	0.000	2.21	0.000	3.51	0.000	4.64	0.000	3.03	0.000	3.96	0.000	2.19	0.000	2.19	0.000	3.86	0.000
Depression																						
Depression	-0.126	0.179	-0.215	0.028	-0.014	0.851	0.125	-0.119	-0.042	0.638	0.057	0.311	-0.024	0.775	0.070	0.375	-0.006	0.939	-0.006	0.939	0.139	0.108
Erwerbsstatus	0.032	0.777	0.057	0.634	0.021	0.828	-0.138	-0.138	0.151	0.199	0.074	0.133	0.059	0.982	0.109	0.270	0.063	0.523	0.063	0.523	0.050	0.641
Interaktionen	-0.127	0.394	-0.058	0.709	-0.057	0.655	0.192	0.123	-0.286	0.048	-0.105	0.250	-0.028	0.831	-0.066	0.605	0.002	0.984	0.002	0.984	-0.094	0.496
Konstante	3.82	0.000	3.50	0.000	4.20	0.000	2.30	0.000	3.57	0.000	4.61	0.000	3.03	0.000	3.95	0.000	2.16	0.000	2.16	0.000	3.81	0.000

als Depression war signifikant mit stärkerer Angst und größerem Unbehagen, hingegen mit weniger Unverständnis assoziiert.

2. Hat der Erwerbsstatus der Befragten einen Einfluss?

Die Spalten 2 bis 11 der Tabelle 2 zeigen Analysen der Haupteffekte und die Interaktionsanalysen mit den emotionalen Reaktionen und den Dummy-codierten Variablen für Burnout und Depression sowie den Erwerbsstatus als dichotome Variable. Es ergaben sich folgende signifikante Haupteffekte: das geschilderte Problem Burnout zu nennen, war unabhängig vom Erwerbsstatus mit einer Verringerung der Verunsicherung, der Genervtheit und des Unverständnisses und mit einer Verstärkung des Bedürfnisses zu Helfen verbunden, das Problem als Depression zu bezeichnen war unabhängig vom Erwerbsstatus mit einer Vergrößerung des Unbehagens verbunden.

Signifikante Interaktionseffekte ergaben sich bei der Bezeichnung als Burnout bei Mitleid und bei der Bezeichnung als Depression bei Verunsicherung. Bei Erwerbstätigen war die Bezeichnung des geschilderten Problems als Burnout mit stärkerem Mitleid assoziiert. Die Bezeichnung des geschilderten Problems als Depression führte dagegen bei erwerbstätigen Menschen zu größerer Verunsicherung.

Diskussion

Unsere Ergebnisse zeigen zunächst, dass beide Krankheitsbezeichnungen (im Gegensatz zu «keiner Bezeichnung») mit geringerem Unverständnis assoziiert sind. Darüberhinaus ist die Bezeichnung Burnout mit weniger Verunsicherung und Genervtsein, dafür aber mit einem größeren Bedürfnis zu helfen assoziiert, die Bezeichnung Depression dagegen mit mehr Angst und mehr Unbehagen. Dieselbe Personenbeschreibung löst also bei den Studienteilnehmern unterschiedliche Reaktionen aus, je nachdem, wie das Problem benannt wird. Insgesamt sind die Reaktionen auf Burnout verglichen mit der Depression positiver.

Das erhöhte Bedürfnis zu helfen beim Label Burnout lässt sich als Erweiterung bekannter Befunde sehen. In einer vorangegangenen Analyse des vorliegenden Datensatzes (Bahlmann et al., 2013) konnte gezeigt werden, dass einer Person mit der vermuteten Diagnose Depression eher eine professionelle Behandlung empfohlen wird, als mit einer vermuteten Diagnose Burnout. Zusammen mit den Ergebnissen der hier vorgestellten Analysen legen diese Befunde nahe, dass sich die Befragten bei einem Burnout offenbar eher persönlich zur Hilfe aufgerufen fühlen, während sie bei einer Depression das Problem eher an

professionelle Behandler delegieren möchten. Auch die vermehrte Angst und das Unbehagen bei einem als Depression bezeichneten Problem passen zu diesem Impuls, das vorliegende Problem lieber professionell behandeln zu lassen.

Unsere weiteren Analysen ergaben Unterschiede in den emotionalen Reaktionen in Abhängigkeit von der Erwerbstätigkeit. Die Schilderung eines depressiven Menschen, welcher als solcher erkannt wurde, führte bei Erwerbstätigen zu einer größeren Verunsicherung, als bei Menschen, die nicht im Erwerbsleben stehen. Die gleiche Schilderung führte bei Erwerbstätigen zu mehr Mitleid, wenn sie als Burnout gesehen wurde. Die vergrößerte Verunsicherung bei Erwerbstätigen bei der Annahme eines depressiv Erkrankten könnten einerseits Hinweise darauf sein, dass eine psychische Erkrankung auch als solche wahrgenommen wird und die Grenzen der eigenen Handlungsfähigkeit wahrgenommen werden. Andererseits könnte sich hier der Beginn erster Stigmatisierungsprozesse, im Sinne von ersten Abgrenzungstendenzen äußern. Erhöhtes Mitleid bei der Schilderung eines Burnouts bei erwerbstätigen Menschen könnten Hinweise auf empathische Grundtendenzen sein. Erwerbstätige können, auch vor dem Hintergrund der Zusammenhänge zwischen Arbeit und Burnout, leichter die Entstehung eines Burnouts nachvollziehen. Depressiv Erkrankte scheinen Erwerbstätige eher ratlos zu machen, wohingegen Menschen mit einem Burnout Erwerbstätigen leidtun. Beide Ergebnisse zeigen, dass der Erwerbsstatus einen Einfluss darauf hat, wie mit den geschilderten Problematiken umgegangen wird.

Die wachsende Popularität des Begriffes Burnout spiegelt nicht nur eine Medikalisierung von Belastungsreaktionen wider. Der Begriff Burnout vereint eine Diagnose mit einer Aussage über die Ätiologie. Betrachtet man zusätzlich die zunehmende Popularisierung des Konzepts der posttraumatischen Belastungsstörung (Freyberger & Kuwert, 2013), so wird deutlich, dass einfache und unidirektionale Erklärungsmodelle (berufliche Überlastung verursacht Burnout, ein Trauma eine posttraumatische Belastungsstörung) sich einer zunehmenden Attraktivität erfreuen, ohne die in der Regel komplexen biographischen Zusammenhänge zu berücksichtigen. Es bleibt festzuhalten dass in der vorliegenden Studie ein stark vereinfachendes, leichter nachvollziehbares Krankheitskonzept mit insgesamt positiveren emotionalen Reaktionen assoziiert ist.

Unsere Untersuchung unterliegt Limitierungen. Ausgewertet wurden Laienantworten auf eine Fallvignette einer Depression. Das geringe R^2 ist ein Hinweis darauf, dass es offenbar neben den Krankheitsbezeichnungen noch andere wichtige Determinanten der emotionalen Reaktionen auf eine Person mit einer psychischen Krankheit gibt, die in unserer Studie nicht berücksichtigt wurden. Dafür

spricht auch, dass es keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der Krankheitsbezeichnung und einer ganzen Reihe von emotionalen Reaktionen wie z.B. Belustigung und Sympathie gab. Weiterhin kann unsere korrelative Studie keine Aussagen zur Kausalität machen: Es ist theoretisch auch möglich, dass eine unterschiedliche emotionale Reaktion auf das geschilderte Problem zu unterschiedlichen Krankheitsbezeichnungen führt.

Insgesamt zeigt unsere Studie, dass eine identische Fallvignette sehr unterschiedliche emotionale Reaktionen auslöst, je nachdem ob das Problem als Burnout oder als Depression bezeichnet wird. Insgesamt sind die emotionalen Reaktionen deutlich positiver, wenn das Problem als Burnout bezeichnet wird. Negative Folgen dieser «fehlerhaften» Laiendiagnose lassen sich also auf emotionaler Ebene nicht beobachten.

Literatur

- Angermeyer, M.C. & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 163–179.
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., Link, B. G. & Schomerus, G. (2014). Public attitudes regarding individual and structural discrimination: two sides of the same coin? *Social Science and Medicine*, 103, 60–66.
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H. & Schomerus, G. (2013). Has the public taken notice of psychiatric reform? The image of psychiatric hospitals in Germany 1990–2011. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 48, 1629–1635.
- Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (2006). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. Bern: Huber.
- Bahlmann, J., Angermeyer, M. C. & Schomerus, G. (2013). «Burn-out» statt «Depression» – eine Strategie zur Vermeidung von Stigma? *Psychiatrische Praxis*, 40, 78–82.
- Berger, M., Schneller, C. & Maier, W. (2012). Arbeit, psychische Erkrankungen und Burn-out. *Nervenarzt*, 11, 364–372.
- Freyberger, H. J. & Kuwert, P. (2013). Posttraumatische Belastungsstörung – eine Krankheit der Moderne. *Psychotherapeut*, 58, 269–278.
- Görlitz, G. (2000). Gefühlsübungen – die emotionale Wende. In S. K. D. Sulz & G. Lenz (Hrsg.), *Von der Kognition zur Emotion. Psychotherapie mit Gefühlen* (S. 291–328). München: CIP-Medien.
- Huber, D. & Juen, F. (2013). Burn-out. *Psychotherapeut*, 58, 125–135.
- Krause, R. (1982). Psychoanalyse. In R. Bastine, P. A. Fiedler, K. Grawe, S. Schmidtchen & G. Sommer (Hrsg.), *Grundbegriffe der Psychotherapie* (S. 280–286). Weinheim: Beltz.
- Link, B. G. & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385.
- Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C. & Collins, P. J. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 511–541.
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C. & Corrigan, P. W. (2005). Das Stigma psychischer Erkrankung: Konzepte, Formen und Folgen. *Psychiatrische Praxis*, 32, 221–232.
- Schneider W. (2013). Medikalisierung sozialer Prozesse. *Psychotherapeut*, 58, 219–236.

Johannes Bahlmann

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Universitätsmedizin Greifswald
am HELIOS Hanseklinikum Stralsund
Rostocker Chaussee 70
18437 Stralsund
Deutschland

johannes.bahlmann@uni-greifswald.de