

# Burnout und Depression

## - Psychotherapeutische Verfahren -

8. April 2014 Fachtagung  
Oberhausen

Dipl.-Psych. Britta Kastell  
Psychologische Psychotherapeutin

# Vortragsinhalt

1. Einführung
2. Das Burnout-Syndrom
3. Die Depression
4. Klassifikationsmerkmale
5. Therapie

# Einführung

- Zunehmend vor allem bei jüngeren Altersgruppen
- Morbiditätsrisiko für Depressionen 17 %
- Es erkranken mehr Frauen als Männer (~ 2:1 )
- Neuerkrankungen: 1-2 / 100 Einwohner
- Komorbidität hoch (Angststörung, Substanzmissbrauch, etc.)

# Das Burnout-Syndrom

Burnout bezeichnet einen Zustand der psychischen und mentalen Erschöpfung.

1974 H. Freudenberger

1981 C. Maslach

ICD-10 Z73.0 Zustand der totalen Erschöpfung

# Das Burnout-Syndrom

## Kernsymptome (BURISCH 2006)

1. Anfangsphase
2. Phase des reduzierten Engagements
3. Phase der emotionalen Reaktion und Schuldzuweisung
4. Phase des Abbaus
5. Phase der Verflachung
6. Phase der psychosomatischen Reaktion
7. Phase der Verzweiflung

# Die Depression

## Depressive Episode (ICD-10 F32)

- leicht
- mittelgradig
- schwer

## Rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33)

- leicht
- mittelgradig
- schwer

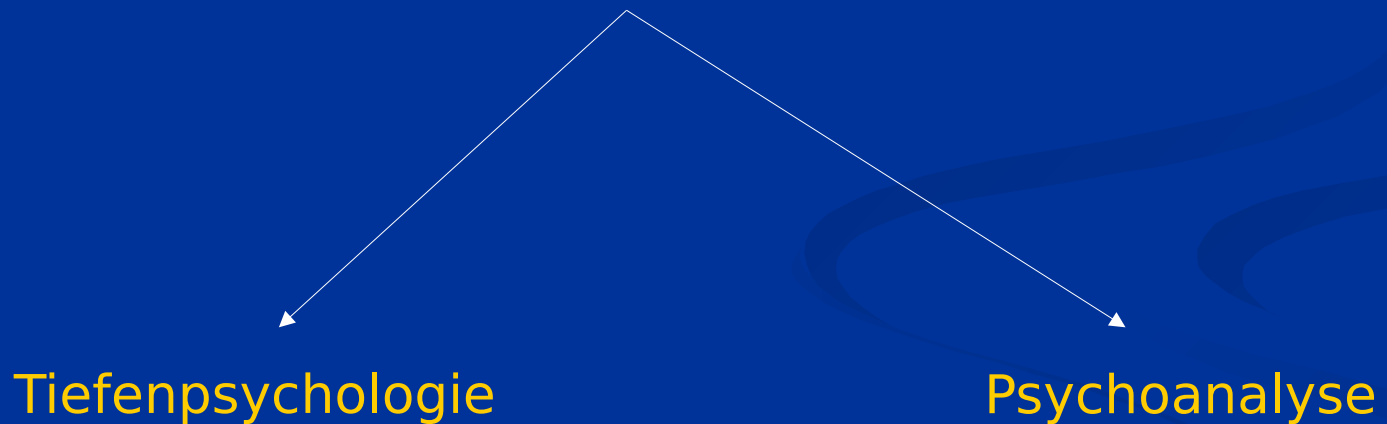
# Klassifikationsmerkmale

DSM-IV	ICD-10
Depressive Verstimmung	Gedrückte Stimmung
Reduzierte Freude	Verlust von Freude
Gewichtsverlust-/zunahme	Appetit-/Gewichtsverlust
Schlaflosigkeit	Schlafstörung
Unruhe, Verlangsamung	Antriebsminderung
Müdigkeit, Energieverlust	Ermüdbarkeit, Aktivität ↓
Wertlosigkeit, Schuldgefühle	Wertlosigkeit, Schuldgefühle
Konzentrations-/Entscheidungsprobleme	Konzentration-/Aufmerksamkeitsreduktion
Suizidvorstellungen	Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung

# Therapie

## Therapeutische Erklärungsmodelle

### 1. *Psychoanalytische Erklärungsansatz nach S. FREUD*





# Therapie

## Therapeutische Erklärungsmodelle

### *2. Kognitiv-verhaltenstherapeutischer Erklärungsansatz*

zurückgehend auf LEWINSON, LAZARUS, BECK, HAUTZINGER

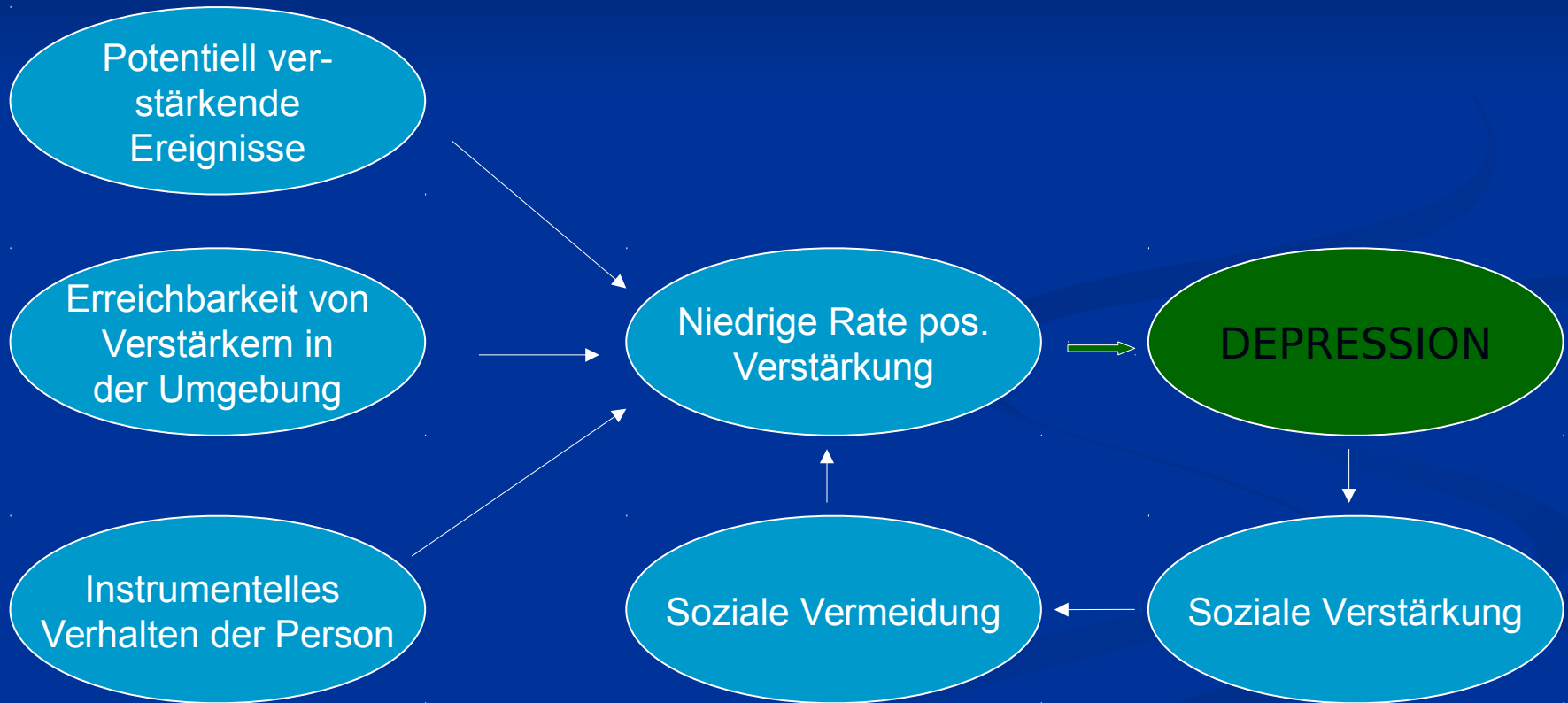
# Therapie

## Das kognitiv-verhaltenstherapeutische Erklärungsmodell

- I. Verstärkungstheoretisches Modell n. LEWINSON (1974)
- II. Kognitionstheoretisches Erklärungsmodell n. BECK (1974,1996)
- III. Integratives Modell n. HAUTZINGER (2003)

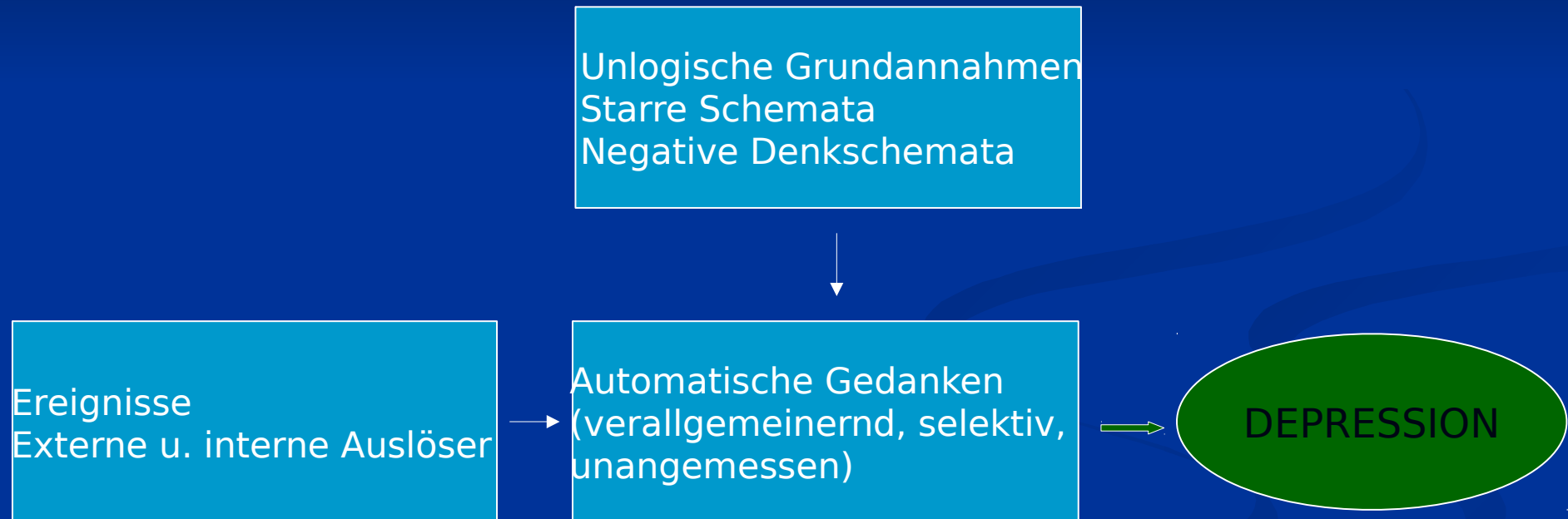
# Therapie

## I. Verstärkungstheoretisches Modell n. LEWINSON (1974)



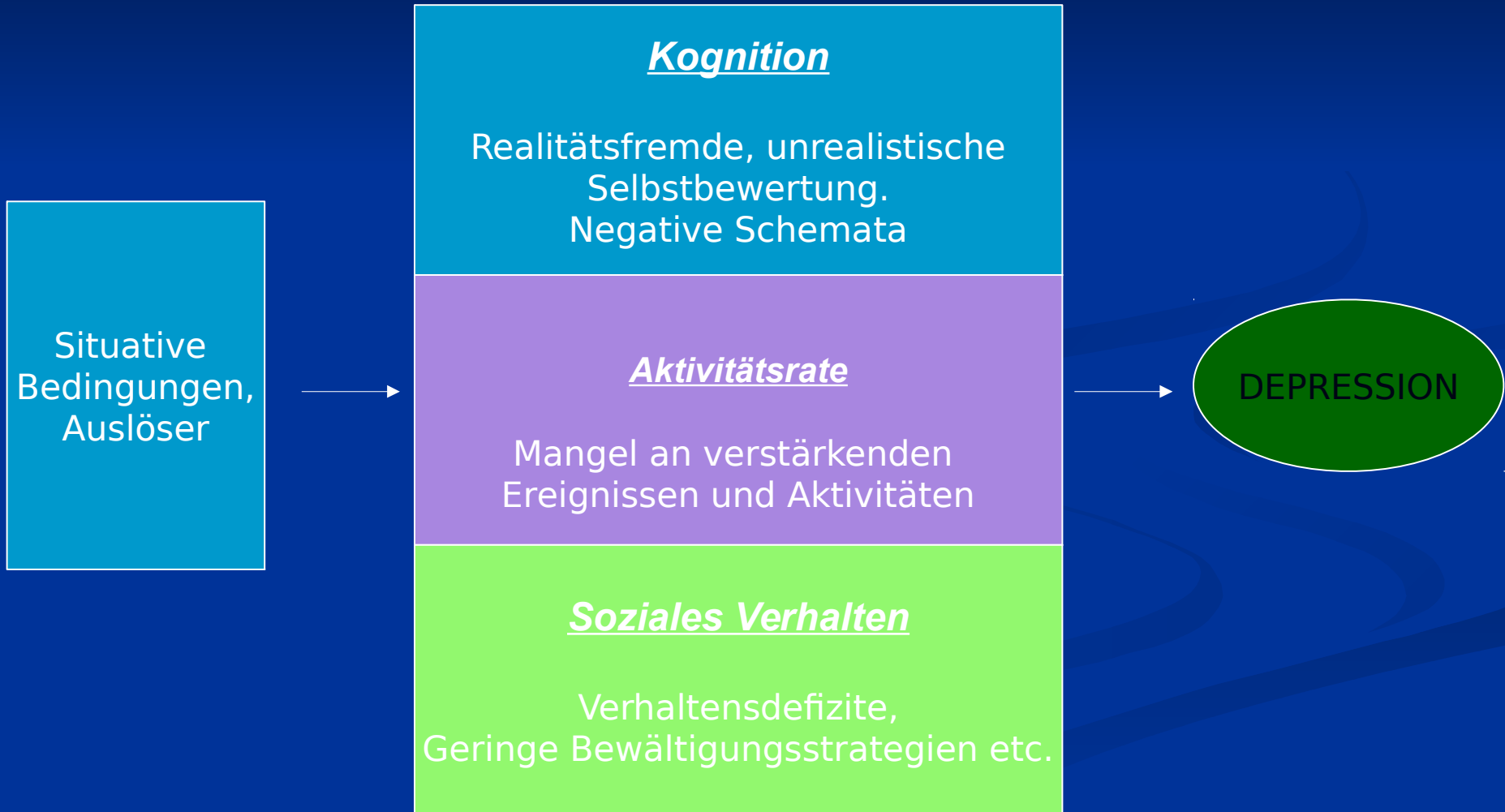
# Therapie

## II. Kognitionstheoretisches Erklärungsmodell n. BECK (1974,1996)



# Therapie

## III. Integratives Modell n. HAUTZINGER (2003)



# Therapie

## Folgerungen für die Therapie:

### I. Kognition:

Veränderung negativ, unlogischer Gedanken in realistische Gedanken

### II. Aktivitätsrate:

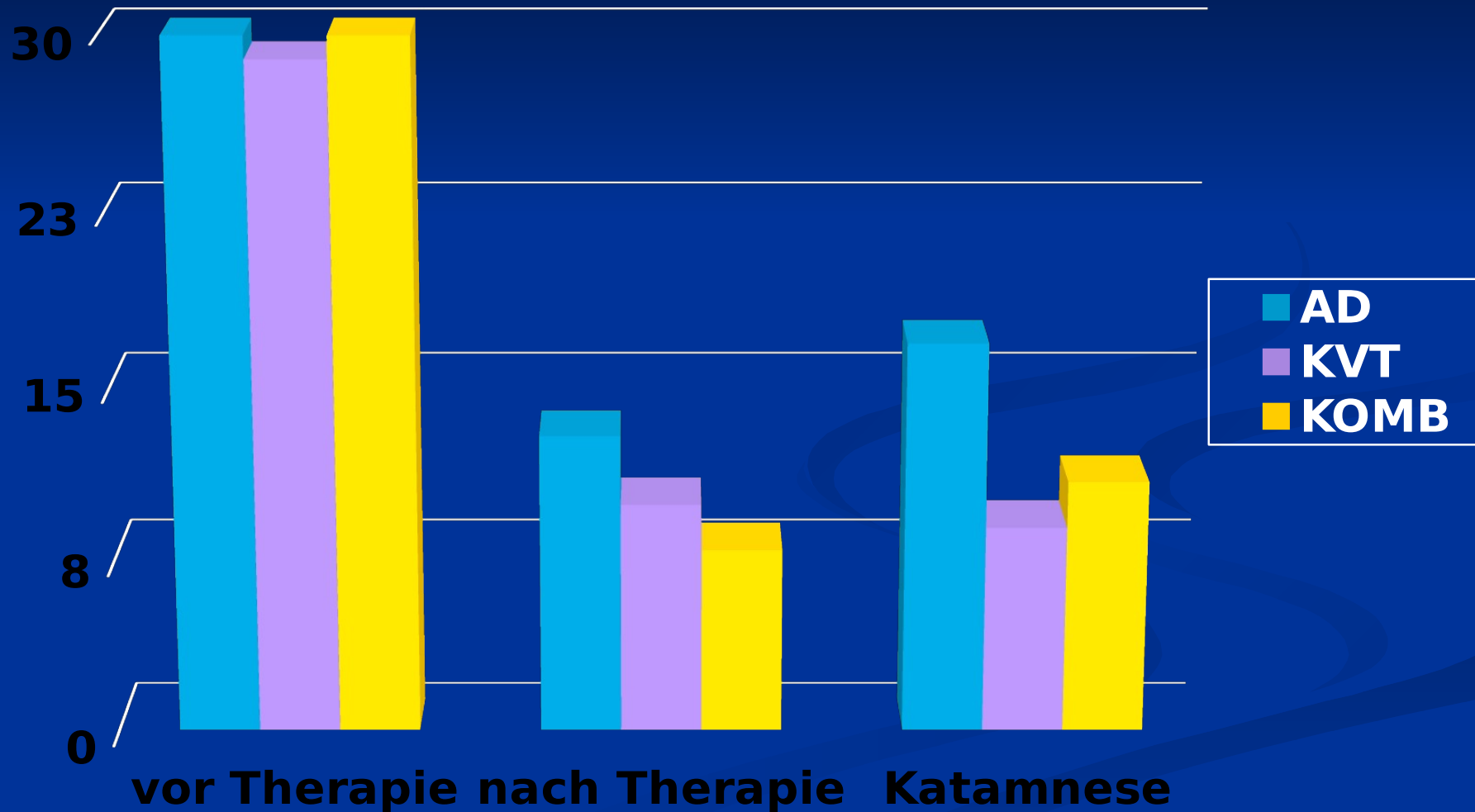
Förderung angenehmer Aktivitäten

### III. Soziales Verhalten:

Aufbau sozialer Fertigkeiten

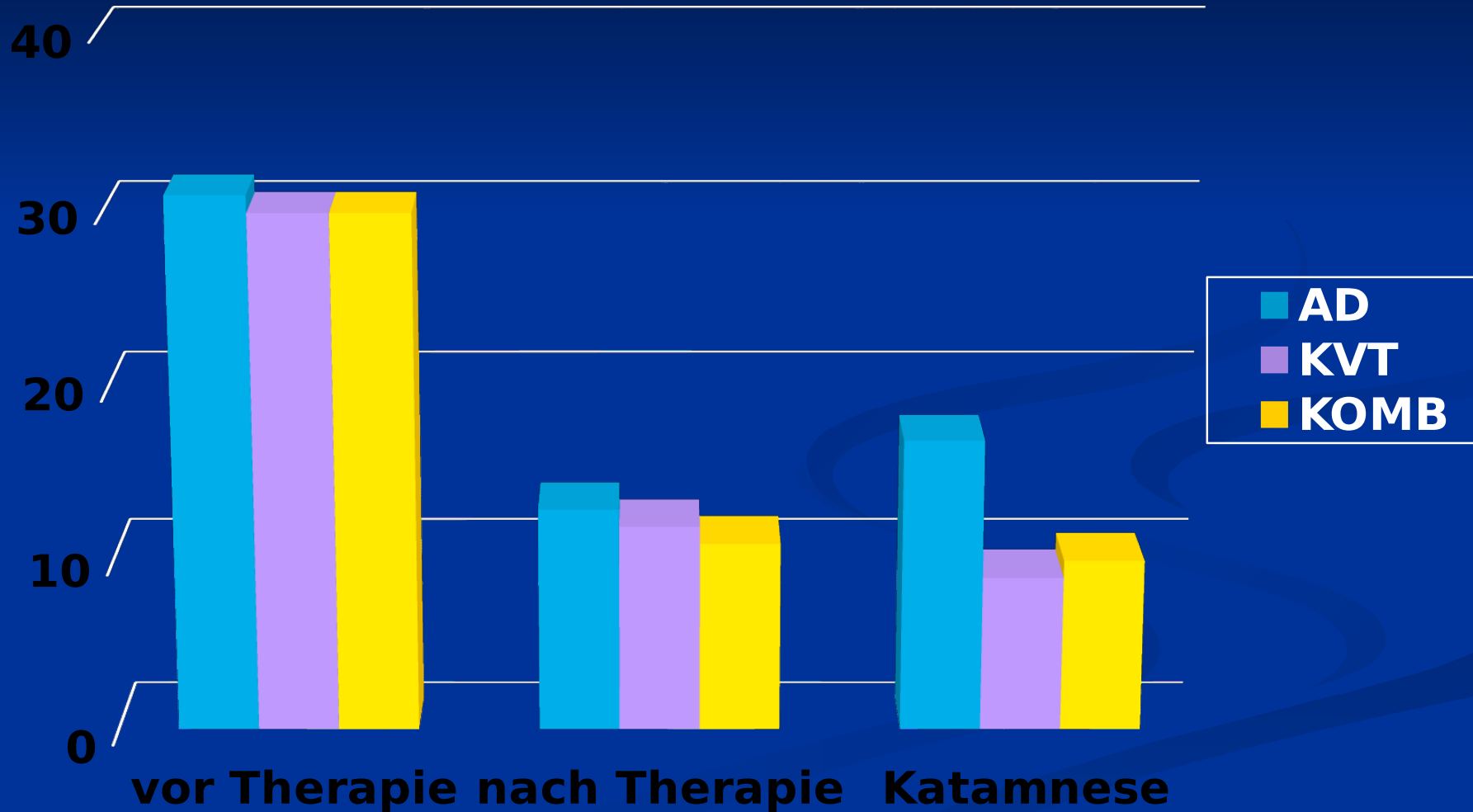
# Therapie

## I. Ambulant



# Therapie

## II. Stationär





# Zusammenfassung

- Therapieerfolg durch KVT durch Studien belegt
- langfristig deutlich günstigere Verläufe als pharmakologische Therapie
- Verringerung der Behandlungsabbrucher
- Verhinderung von Rezidiven und Hinausschieben eines Rückfalles
- Doppelgleisige Therapie bei Jugendlichen verhindert Suizidgedanken
- Hohe Effektivität (Studie 2007)